

2025

Feminización de los cuidados : un primer acercamiento desde los discursos de les trabajadores sociales en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

Rey, Ailen Estefania

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

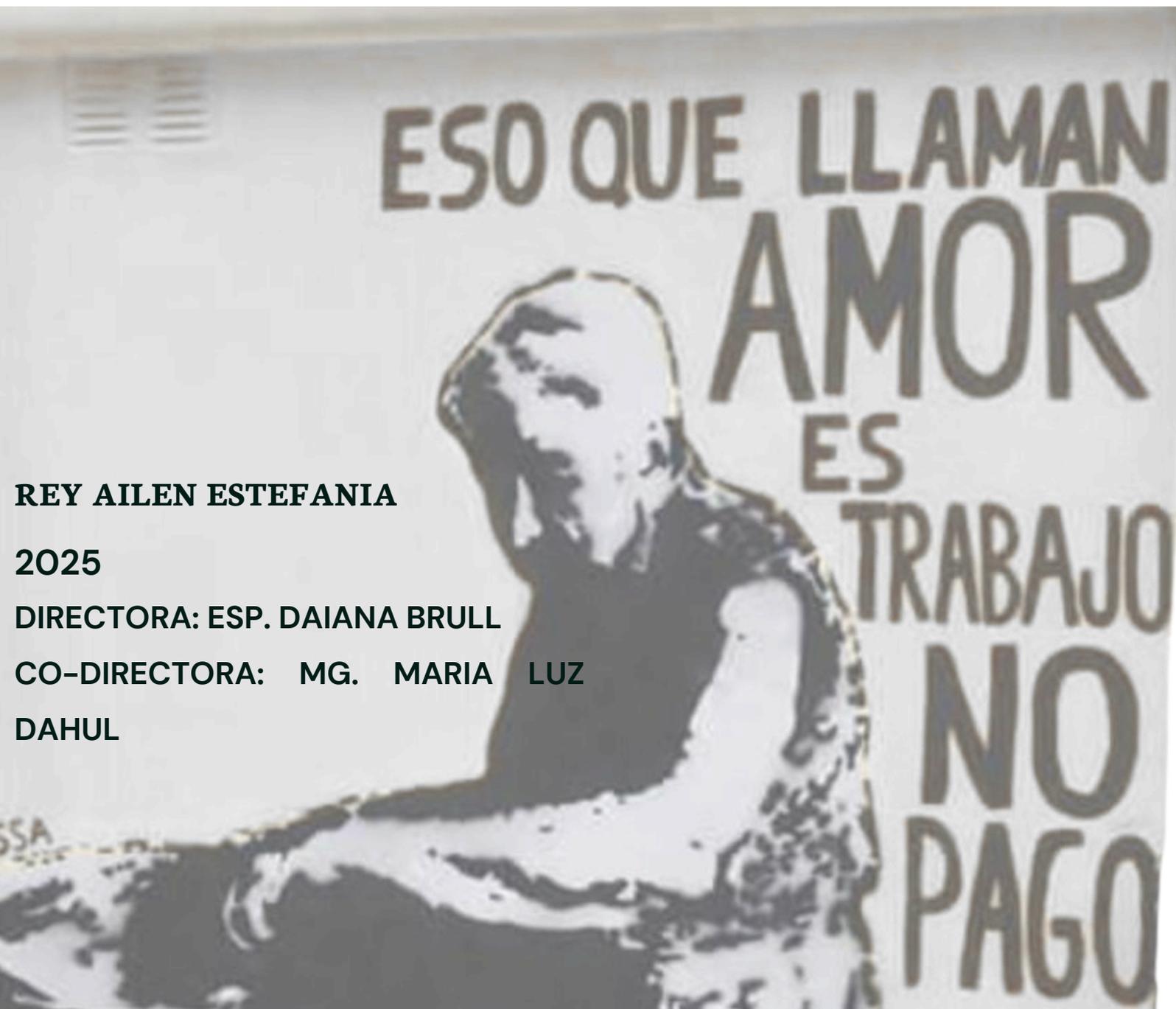
<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1089>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE GRADO

FEMINIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

un primer acercamiento desde los discursos de los
trabajadores sociales en el Hospital Interzonal General
de Agudos "Dr Oscar Alende"



REY AILEN ESTEFANIA

2025

DIRECTORA: ESP. DAIANA BRULL

CO-DIRECTORA: MG. MARIA LUZ

DAHUL

DEDICATORIA

A QUIENES SOSTIENEN ESTE MUNDO CON
EL CUERPO Y EL AMOR
CON SUS MANOS AGRIETADAS DE DOLOR
POR LAVAR
CON LOS CALLOS EN LAS MANOS POR
BARRER
CON ESPALDAS LASTIMADAS POR ALZAR
CON SUEÑOS SIN CUMPLIR POR CUIDAR
A LAS QUE EJERCEN EL TRABAJO MÁS
GRANDE
A AQUELLAS A LAS QUE PROMETO
LOGRAR LA VISIBILIDAD
A NOSOTRAS, LAS MUJERES
QUE NO NOS CANSAMOS DE LUCHAR
PARA QUE ALGUN DIA
TODO SEA COMO LO SOÑAMOS.

Agradecimientos

No puedo explicar las veces que soñé con este momento, las veces que lloré pensando qué poner y cómo agradecer a tantas personas que me acompañaron en este camino sin olvidar aquellas otras subjetividades que aparecen en el medio.

Quiero agradecer en primer lugar a la Universidad Pública, por abrirme las puertas, por hacerme crecer, por formar vínculos, por hacer posible el sueño de muchos, por ser el motor de lucha, y el hogar del que nunca me voy a ir. Al HIGA, más conocido por nosotres como "el regional", y a todes les trabajadores sociales de esta institución que me acompañaron durante mis prácticas; con los que compartí mates, hermosas mañanas, abrazos y llantos en intervenciones duras. Gracias por todo lo aprendido, y por recibirme con tanto amor.

A la cabeza de este tridente mágico: Dai Brull, mi directora. Ejemplo de Trabajadora Social, fanática de hacer mil cursos, sólida, feminista, luchadora, perseverante, la que nos hace centrar las ideas y cortar un poco de tela. Con la que me envió stickers de Lisa Simpson y Cristina y con la que puedo ser libremente todo lo feminista que quiero ser, -lo cual en estos tiempos no es un detalle menor-. Gracias por este mensaje: "aili podemos con todo, pero no con todo a la vez", fue el puntapié para dejar de castigarme cuando sentía que no podía seguir con este proceso.

A mi Lulita, mi co-directora, la de la voz dulce y la ternura, con quien me encontré en el 2020 a través de una pantalla con Ramirito siendo un bebe y desde ahí no nos soltamos. Compañera, la mejor mamá del mundo para Rami, investigadora del carajo, compañera de marchas, talleres, becas, adscripciones, concursos, luchas, donde mires ella está. Una vez me dijo "ay ailu si te vieras con mis ojos" y hoy me gustaría decirte lo mismo a vos, ojalá te vieras con el orgullo que te veo yo. Gracias equipo por ser el motor y el sostén de este largo camino.

A Pau Meschini, para los que les gusta el fútbol podríamos decir la Messi del Trabajo Social, y para quienes somos peronistas la Evita de nuestras vidas, y solo así podrán tomar

dimensión de su importancia. Siempre recuerdo cuando me enteré que iba a ser mi docente y la vi entrar en el aula; moría de nervios, pero solo bastaron dos clases para que Pau dejara caer una lágrima cuando mencioné que el aula es para mí un territorio. Ese día la conocí y la quise mucho más aún. Pau es compañera, es esa docente que te queda marcada para toda la vida, la que arma instrumentos con botellas, piedritas, ramas y ollas para que toquemos en las marchas, la que teje puentes y construye soluciones, alza la voz por todos, y te hace reír con sus travesuras, es también la que me invitó mil cafés y se interesó por cómo estaba. Pau, no te imaginas cuánto te quiero.

A la Euge la que construye desde el amor y la ternura, la que nos unió a través de la investigación y creó lazos irrompibles, una mamá increíble en todos los momentos de la vida. Ella ve en nosotras, lo que incluso nosotras no podemos ver, y lo transforma en luz. Sos increíble, y jamás paras de sorprenderme.

A todas las compañeras de El Quilombo, por hacer posibles tantas conquistas de derechos.

A mis amigas Carla, Yami, Fati por ser parte, por apoyarme, por preguntarme siempre cómo venía, si necesitaba algo, por sus palabras de aliento. Las amo. También a mis famosas “no amigas”, así decidimos llamarnos desde el día uno que conectamos, y hoy se volvieron las Micas preferidas en mi cotidianidad, solo nosotras sabemos donde y como floreció este gran amor. A David el primero en recibirme en el Hospital, y mi guía en todo este proceso, el de los abrazos sólidos, el del choripan afuera del hospi y el de la risa contagiosa.

A mis hermanas, mi peñita gracias por tirar siempre sus buenas energías antes de rendir, por sus abrazos, por las discusiones, por permitirme encontrarme, pero también por aceptarme con mis virtudes y defectos. ¡Lo que soy hoy se los debo a ustedes! por darme una mano y sacarme del pozo, por celebrar nuestros logros, son mi orgullo y mi fortaleza. A Extreme, mi escape, mi lugar seguro.

A Enzo el mejor compañero que me pudo haber tocado, a él le tocó acompañarme en los últimos años de la carrera, los más difíciles, alguna que otra noche sin dormir por la

ansiedad antes de rendir mi anteultimo final, la desolación cuando no lograba lo que quería, pero también los triunfos; como la última corrección de la tesis. Gracias por escucharme hablar mil horas sobre el amor que tengo por esta profesión (aunque se que a veces no me entiendes nada pero me escuchas con atención), por bancarte mis indignaciones, por tus mates, por hacerme sentir todo el tiempo que soy gigante y capaz de lograr todo aquello que me proponga. Mis logros también son tuyos, porque vos me haces brillar.

A Willy, tío, hermano, amigo el que siempre está cuando miras al costado para acompañarte, abrazarte, el que no abandona en los momentos difíciles. Gracias por ser parte de esta familia.

A mis hermanos Valentin y Mateo, ellos son mi vida entera, me tocó la difícil tarea de ser la hermana mayor, y tratar de dejarles pequeñas enseñanzas, no sé si lo hago bien a veces me machaco mucho con eso, pero si se que estoy orgullosa de ustedes y que no hay nada mas lindo que tenerlos de hermanos.

A mi mamá y a mi papá, este es mi mayor regalo para ustedes. En el último tiempo no paraba de recordar el día en el que me dejaron por primera vez en la Universidad, las emociones eran muchas, pero sobre todo el miedo. Me acuerdo que mi preocupación era no tener la suficiente ropa para estar presentable en la facultad, y que ustedes me dijeron que no me preocupara, que cuanto mucho pedíamos un préstamo para comprar algunas cositas. Quizás para algunos esto sea una simple anécdota, para mi es una clara representación del valor que tiene la Universidad Pública para aquellas personas que venimos de familias más humildes. Una vez en la secundaria alguien dijo “si no estudias, terminas siendo verdulero”, y yo les digo que mi mayor orgullo es ser hija de verduleros.

¡Gracias por darme todo, lo hicimos!

Por último a mi abuela Haydee, mi tío Diego y mi bisabuelo Firpo, quienes me cuidaron y me criaron como si fuera su hija. Me enseñaron que en la vida hay que reírse, bailar, hacer chistes, respetar y dar mucho mucho amor. Los llevo siempre en mi corazón.

“Y decirles a los jóvenes argentinos, hoy ustedes hermanos de la juventud, militen donde militen, tienen la posibilidad de hacer el cambio en paz y en democracia que nosotros como generación no tuvimos. Por eso participen, por eso opinen, por eso sean transgresores, por eso ganen las calles, por eso recorran las universidades, recorran los talleres, los trabajos, esa juventud que tiene que ser el punto de inflexión de la construcción del nuevo tiempo”

Nestor Kirchner, 2008.

Índice

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Índice	7
Aclaraciones	10
Introducción	12
Estado del arte	14
¿Cómo leer esta investigación?	15

Capítulo 1: De raíces teóricas y tallos metodológicos

1.1 Presentación	19
-------------------------------	-----------

1.2 Consideraciones ético-políticas y epistemológicas

- 1.2.1 Investigar siendo feminista 19
- 1.2.2 ¿Cómo saber si una investigación es feminista? 21
- 1.2.3 Perspectiva de género feminista e interseccionalidad 24
- 1.2.4 Enfoque de derechos 26

1.3 Consideraciones epistemológicas y metodológicas	27
--	-----------

- 1.3.1 Selección de la muestra y técnicas de recolección:
- 1.3.2 El proceso de evaluación del Comité de Bioética del HIGA 31
- 1.3.3 El análisis de los datos obtenidos 38
- 1.4 A modo de cierre 39

Capítulo 2: Cuidar para sostener el mundo. Debates conceptuales: ¿Quién cuida de nosotras?

2.1 Presentación	42
-------------------------------	-----------

- 2.1.1 Debates en torno a la noción de cuidados43
- 2.1.2 Economía para sostener la vida. La deuda es con nosotras54
- 2.2 A modo de cierre 59

Capítulo 3: Dar batalla. El campo de la salud en Trabajo Social

3.1 Presentación63

- 3.1.1 Sobre el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) 63
- 3.1.2 El campo de la salud: debates conceptuales, luchas y nuevos horizontes65
- 3.1.3 El modelo médico hegemónico 67
- 3.1.4 El modelo de atención centrado en niveles de cuidado 68
- 3.1.5 Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados 71
- 3.1.6 Otro ring de pelea: la formación en perspectiva de género 73
- 3.2 A modo de cierre76

Capítulo 4: Políticas públicas en torno a los cuidados. De dónde venimos y hacia dónde vamos

4.1 Presentación80

- 4.1.1 Políticas públicas: ¿visibilidad o reproducción del status quo?80
- 4.1.2 Cuidados en agenda: ¿de quién?83

Capítulo 5: Feminización de los cuidados: discursos y construcciones sociales

5.1 Presentación89

- 5.1.1 Caracterización de los discursos 89
- 5.1.2 De familias a redes vinculares 91
- 5.1.3 La feminización de los cuidados: ¿quiénes cuidan? 97
- 5.1.4 La importancia de las redes vinculares en el campo de la salud 106
- 5.1.5 Estrategias de intervención: hacia una distribución justa de los cuidados
.....109
- 5.2 A modo de cierre112

Capítulo 6: Conclusiones finales

6.1 **Reflexiones** 117

6.2 En búsqueda de un Sistema Integral de Cuidados: ¿qué podemos hacer?
.....123

Referencias bibliográficas127

Anexos.....136

Anexo I: Biografía Possamay Ailén.

Anexo II: Dictamen aprobatorio Comité de Bioética Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil“ Victorio Tetamanti” - Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”

Aclaraciones

1. La presente investigación, entiende que el lenguaje tiene un gran poder en la percepción y construcción de la realidad. Es por eso que de acuerdo con la perspectiva epistemológica y el posicionamiento ético-político desde donde es construida, adhiere a la utilización de Lenguaje Inclusivo aprobado por la Ordenanza del Consejo Superior N°1245/19 de la Universidad Nacional de Mar del Plata, buscando promover la igualdad entre mujeres, varones y otras identidades, sin caer en el binarismo. En este sentido, se utilizarán variaciones del lenguaje desde un lenguaje inclusivo, no binario, no excluyente y no discriminatorio por razones de género.
2. Se tomó la decisión de que los nombres de las entrevistadas no aparezcan en esta investigación, cumpliendo de esta forma con el Protocolo de Investigación presentado al Comité de Bioética del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende”, en el que se dejan claros los aspectos éticos llevados a cabo durante el proceso, para el cumplimiento de la privacidad y confidencialidad. El mismo, que fue presentado y firmado por todas las entrevistadas, aclara que: las entrevistas serán grabadas y posteriormente desgrabadas con la privacidad y confidencialidad que amerita. Para que no sea posible vincular la información brindada con la identidad, se les asignó a cada una de las mismas un número (entrevistada 1,2,3 etcétera) facilitando el desarrollo del análisis.

Esta decisión podría suponer una contradicción con el proceso de producción de conocimiento crítico, feminista y situado al que adhiero, si se tiene en cuenta que los feminismos comunitarios han identificado en la confidencialidad la operatoria de un acto de invisibilización de las voces de las entrevistadas (Rodríguez y da Costa, 2020). Aun así, al considerar el contexto que nos atraviesa, y que las entrevistas realizadas se enmarcan en el campo de la salud donde las relaciones de poder

juegan un papel muy importante, la confidencialidad ha sido una decisión importante de llevar a cabo.

3. Se utilizará en la medida de lo posible el término “usuaria de la institución de salud” o simplemente “usuaria”, entendiendo que hoy el uso de la palabra paciente se encuentra en el medio de discusiones teóricas, ya que se considera que responde a un modelo médico biologicista, que ve a la persona como alguien enfermo, y con una actitud “paciente” o de espera, ubicándolo en el lugar de receptor de indicaciones.

Introducción

Esta investigación forma parte del proceso final de la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social. La misma tiene inicio con mi formación dentro del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende”¹, durante la cursada de Supervisión de las Intervenciones Sociales en el año 2022, que me permitió crear interrogantes y reflexiones en torno a la feminización de los cuidados.

El objetivo general busca analizar cuáles son las configuraciones discursivas en torno a los cuidados que construyen, interpelan y encuentran presentes en sus intervenciones los trabajadores sociales, en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados en las áreas de nefrología, terapia intensiva, neumonología e infectología. A esta pregunta-problema subyacen otras, específicas: ¿cómo aparecen los discursos vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del tránsito salud-enfermedad-cuidados en los plexos normativos e institucionales? ¿Cuáles son los discursos de los trabajadores sociales en relación a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-cuidados de los usuarios? Por último ¿qué refieren los trabajadores sociales en relación a las implicancias que existen en materia de géneros en lo relativo a la distribución de responsabilidades y asunción de tareas de acompañamiento y cuidado por parte de los vínculos familiares y afectivos?

Se parte de entender que la feminización de las tareas de cuidado guarda estrecha relación con el sistema patriarcal, heteronormativo, capitalista y biologicista que nos envuelve. En las instituciones de salud se espera que las mujeres cuiden (y en la sociedad en general), a través de la idea de que, por ser mujeres, quieren y deben cuidar, porque además saben cómo hacerlo ¿Cómo se produce y reproduce este mandato de cuidados en el HIGA? ¿Qué lugar ocupan los cuidados en el Modelo Médico Hegemónico?

¹ De aquí en adelante HIGA.

Me identifico como mujer cis, blanca, feminista, cuidadora y también cuidada. He experimentado en mi propio cuerpo la carga del trabajo de cuidado asignado por género: desde cuidar a mis hermanos en la infancia, hasta trabajar cuidando niñas y asistir a mi pareja durante seis meses tras un accidente. En ese período transité un empleo formal en simultáneo con tareas de cuidados intensas, lo que me generó un profundo agotamiento físico, emocional y mental. Esa experiencia me permitió conectar de forma más personal y profunda con lo que escribo, reconociéndome a mí misma y a mis antepasadas. Por este motivo, será frecuente encontrar referencias personales² que expresan el impacto vivido. Teniendo en cuenta esta aclaración, es que comprendo la noción de cuidados desde una perspectiva de géneros que reconoce el carácter histórico y socialmente construido de los cuerpos y sus relaciones jerárquicas y desiguales, que atraviesan el entramado social y se intersectan con otras relaciones como la clase social, la edad, la etnia, entre otras (Makcimovich; 2017:24).

Para poder recuperar todas mis experiencias de las prácticas de formación profesional supervisadas en el HIGA, las notas de campo obtenidas durante las mismas, las charlas informales, las vivencias personales y las entrevistas realizadas a los trabajadores sociales, opte por un diseño metodológico que parte de la propuesta de la sistematización.

El interés en esta temática surge al observar -que en las áreas como ginecología- la sala de espera estaba llena de mujeres con sus hijos, repitiendo esta imagen en distintos espacios del hospital. Desde aquí me empecé a preguntar cuántas veces me había hecho chequeos anuales y asistido a una institución de salud, y cuántas veces lo habían hecho los varones cis que me rodean, quienes en su mayoría responden que solo se atienden cuando hay un problema/dolor. Así surgió mi pregunta principal: ¿Por qué las mujeres se realizan

² Escribí esta tesis desde la perspectiva feminista, escribí como mujer, y como mujer cuidadora. Escribí como hija de trabajadores, de esos que no tienen un día de descanso. Escribí como Peronista, que pudo estudiar gracias a la Universidad Nacional Pública y Gratuita y que hizo uso del Progresar, para poder hacer un poco más fácil el proceso. Escribí entendiendo que existen otras formas de construir, de investigar, de crear desde la colectividad y la ternura.

controles de salud regularmente y los varones cis no? Y relacionada con esto: ¿Por qué las mujeres asumimos el rol de cuidado propio y de otros?

Estado del arte

En cuanto a la producción académica existente en torno a la feminización de los cuidados se parte de comprender que tiene un largo y antiguo trayecto. Es por eso que se elaboró un estado del arte, a partir de una revisión sistemática de las publicaciones académicas existentes, en distintas bases de datos especializadas (como el repositorio de Kimelu, Sedici, Catedra Paralela, Scielo, Conicet, Google Académico, entre otros), utilizando palabras clave como "feminización de los cuidados", "los cuidados en salud", "género y profesiones de la salud", "desigualdad de género en el campo de salud". A partir de esta búsqueda surgieron los primeros hallazgos, varies son les autores (en su mayoría mujeres) que han escrito sobre este problema, recurriendo a diferentes niveles de abstracción: Zibecchi 2013,2014; Batthyany, 2020; Fraser ,2016; Tronto 2008,2013; Hochschild 1989,2003; Elson, 1990, Cutuli 2011; entre otros.

En cuanto a la feminización de los cuidados dentro del campo de salud podemos encontrar autoras/es como: Canela y Cuenca, 2022; Stradella, 2022; Tajer, 2012, Herranz, Gandolfo y Torres, 2021; Furno, Roncoli y Agüero, 2023; Kosiak y Ureña 2022.

Lo que pude concluir a través de este proceso es que existen varias formas de investigar la feminización de los cuidados: en primer lugar a partir de explorar como durante tantos años se vincula de manera estrecha la feminización de la pobreza a partir de la feminización de los cuidados, podríamos decir las desigualdades de género existentes en el crecimiento y autonomía económica. Otros análisis tienen que ver con la Ética del Cuidado, la cual critica las estructuras sociales que devalúan al cuidado y lo asignan desproporcionadamente a las mujeres (Tronto, 1993). También tenemos aquellas investigaciones sobre la Segregación Ocupacional (Durán, 2012; Cepal, 2021; Federici, 2018) que se relacionan con aquellos estudios sobre la concentración de hombres, mujeres y disidencias en diferentes sectores

del trabajo, según los estereotipos de género asignados, por ejemplo aquellas investigaciones que se corresponden con la incidencia de mujeres en las profesiones vinculadas a las tareas de cuidado.

En síntesis se podría comprender que esta tesis incluye a grandes rasgos, varios aportes de todas estas investigaciones, encontrándose más relacionada a los trabajos de Stradella (2022) y Kosiak y Ureña (2022) ya que ambas se sitúan en el campo de la salud y los discursos. Si bien en el caso de estas dos tesis el análisis se centra en el estudio sobre cómo se desarrollan las prácticas del cuidado a niños en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorino Tetamanti” (HIEMI), se toma una escala geográfica de referencia similar como lo es el situar la investigación en hospitales interzonales emplazados en Mar del Plata. En cuanto a esta tesis, los aportes más significativos tienen que ver con poder analizar cómo los discursos existentes en los trabajadores sociales del HIGA en torno a la distribución de los cuidados, pueden afectar en las intervenciones realizadas, profundizando en el análisis de la construcción de la feminización de los cuidados, las normativas y estrategias existentes y cómo se desarrollan los cuidados según el área de salud que observemos.

¿Cómo leer esta investigación?

La siguiente tesis se estructura en seis capítulos, contruidos de una manera que permite poner en diálogo, el marco teórico-conceptual-normativo con las propias experiencias anteriormente nombradas, logrando de esta manera un análisis más exhaustivo e intentando superar la escisión entre teoría-práctica. Es importante destacar que durante el desarrollo de todos los capítulos existe un entrecruzamiento con las voces de las entrevistadas, y lo anteriormente nombrado, encontrando desde el capítulo número uno, fragmentos de las mismas.

El primer capítulo titulado “***De raíces teóricas y tallos metodológicos***”, deja en claro cuales son las perspectivas teóricas que acompañan el escrito, en diálogo con mis ideales y

mi experiencia personal como mujer, feminista, hija y compañera, sumando las voces de las entrevistadas y partiendo de que cada investigación es distinta según quien la escriba y desde donde. A su vez se enumeran las metodologías utilizadas para alcanzar los objetivos, justificando el uso de cada una de ellas, y explicando las mismas de forma sintética. Casi al cierre de este capítulo se explica cómo surge el problema de investigación.

El segundo capítulo **“Cuidar para sostener el mundo: debates conceptuales. ¿Quién cuida de nosotras?”** presenta un abanico de conceptos, en búsqueda de un acercamiento a la noción de los cuidados partiendo de entender que el mismo resulta complejo, y sumando las definiciones que proponen las entrevistadas. También se presenta un análisis sobre la importancia de pensar una Economía Feminista.

El tercer capítulo es **“Dar batalla. El campo de la salud en Trabajo Social”** y se centra en poder explicar como es la institución en la que se da la investigación, cuáles son las complicaciones y batallas que derivan de la misma, cual es el modelo predominante sobre las prácticas y los debates en torno al mismo.

El cuarto capítulo, **“Políticas públicas en torno a los cuidados. De dónde venimos y hacia dónde vamos”** permite observar algunas de las políticas que existen en la actualidad que tengan en su matriz como tema “los cuidados”. Este capítulo nos da un pantallazo de que es lo que conseguimos, y que panorama tenemos hacia el futuro en cuanto a políticas sociales y como esto interfiere en las intervenciones.

El quinto capítulo, **“Feminización de los cuidados: discursos y construcciones sociales”** quizás sea uno de los más extensos porque permite comprender el poder que tienen los discursos sobre nuestras intervenciones, como los mismos se reflejan en entrevistas y en el día a día de nuestra profesión. Este capítulo es el que cuenta con más fragmentos de citas obtenidas de las entrevistas y nos permite indagar sobre las estrategias que utilizan las trabajadoras sociales para no caer en la reproducción de un injusta distribución de los cuidados.

El sexto y último capítulo “**Conclusiones finales**” presenta un resumen de lo expuesto en los capítulos anteriores, algunas preguntas para seguir pensando, conclusiones en torno a cómo influyen los discursos en torno a los cuidados sobre nuestra vida y sobre nuestras intervenciones, y cuáles son los aportes de esta investigación al Trabajo Social.

La hipótesis de trabajo de la investigación gira en torno a que aunque existen grandes avances en cuestiones de género, la feminización de los cuidados es una problemática que sigue presente y que remarca la desigualdad de género entre hombres y mujeres e identidades feminizadas y en este caso en particular se puede evidenciar en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados específicamente en el HIGA. A su vez demuestra que los marcos normativos y las infraestructuras del mismo resultan insuficientes para aportar a una justa organización social de los cuidados.

En resumen, como contribución mayor, la investigación pretende brindar aportes para continuar reflexionando sobre las distintas estrategias de intervención en salud en torno a los cuidados que posibiliten democratizar los mismos, en el horizonte compartido por construir en nuestra sociedad Sistemas Integrales de Cuidado, que corran a las mujeres del lugar de principales cuidadoras.

Capítulo 1:

De raíces teóricas y tallos metodológicos

*“sólo la adquisición y ejercicio pleno de derechos
posibilita reducir las diferencias producto de
desigualdades económico-sociales”*

(Meschini y Hermida, 2016, p.47)



Presentación: El siguiente capítulo en principio abordará las consideraciones ético-políticas epistemológicas considerando los valores, principios y posicionamientos ideológicos que guían esta investigación y de qué manera he construido este conocimiento. En segundo lugar se explicarán las metodologías comprendidas para llevar adelante esta producción, entendiendo que cada escritura se encuentra atravesada por la mirada de quien investiga.

Consideraciones ético-políticas, epistemológicas³

Investigar siendo feminista

El feminismo llegó a mi vida en el año 2011, cuando como a muchas de nosotras el caso de Candela Rodriguez, nos marcó un antes y un después en la vida. Siguió en el año 2013 el femicidio de Ángeles Rawson, y entre muchos otros que sucedían (suceden) hora tras hora, siguieron los femicidios de Lucia Perez en el año 2016 y Claudia Repetto en el año 2020 ambos en la ciudad de Mar del Plata.

Si bien hay muchas definiciones sobre lo que es feminismo, a mi me gusta decir que el feminismo me abrió los ojos y me salvó la vida. El feminismo me permitió poder sentirme segura y no porque el patriarcado se haya acabado, o porque caminar por las calles se haya vuelto seguro, sino porque sé que si algún día desaparezo hay miles de mujeres que van a gritar, pelear y romper por mí. El feminismo va más allá de representaciones o formas de actuar, implica una forma de ser, sentir, escribir y vivir.

Podría decir que el feminismo en primer lugar no es para nada un concepto acabado, que está en constante cambio, movimiento, y que surge ante la necesidad de hacer visible la desigualdad de género. Algunas le llaman “ola”, y creo que es una metáfora interesante, pero que no termina de darle sentido ya que la ola al fin y al cabo se desarma, y se vuelve débil al llegar a la orilla, y si hay algo que no es débil es este movimiento.

El movimiento feminista aparece para romper estructuras establecidas que tienen su base

³ Partiendo del posicionamiento expresado, es pertinente aclarar que algunas de las imágenes utilizadas corresponden a trabajos realizados por la Licenciada en Artes Visuales Ailén Possamay, quien me ha otorgado el permiso para su uso -su biografía completa aparece en el apartado “Anexos”

en el sistema patriarcal. Resulta ser una experiencia de identidad y política abarcadora que incluye a mujeres de todo el mundo y de todas las condiciones sociales (Lagarde, 1996).

Diana Maffia (2008), filósofa argentina, va a acercarnos al concepto de feminismo diciendo que él mismo es la aceptación de tres principios: uno descriptivo, uno prescriptivo y uno práctico.

El principio descriptivo hace alusión a que el mismo se puede probar estadísticamente, que las mujeres estamos en desventaja ante los hombres en cualquier aspecto social/político/económico, es muy simple de demostrar.

En cuanto al principio prescriptivo, es una afirmación valorativa, es decir que nos dice lo que debe ser, lo que está mal y lo que está bien, y la autora agrega, que no es justo que esto sea así. No es justo que las mujeres seamos consideradas débiles, que tengamos menos alcance político, económico y social por ser mujeres. Y es entonces donde aparece el tercer principio, el de la praxis, el práctico. Un compromiso moral, que va más allá de todo, como decía al principio, relacionado a lo que estamos dispuestas a hacer para visibilizar la desigualdad de género, y mover todo aquello que la hace posible.

Si hablamos de llevar a la práctica, podemos reconocer muchas leyes que han sido fruto de este movimiento, desde la Ley N° 13.010 de Sufragio Femenino promulgada en 1947, hasta las últimas concedidas como: la Ley N°26150 "ESI", Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la Ley N° 26485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley N°26618 sobre el Matrimonio Igualitario, Ley N° 26.741 de Identidad de Género, Ley 27.412 de Paridad de Género en Ámbitos de Representación Política, la Ley

N°27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).⁴

Es importante poder pensar feminismos descoloniales críticos, ya que el contexto actual de la Argentina demuestra que “siguen existiendo relaciones de poder estructurales, ancladas en un sistema de múltiples opresiones, en donde el capitalismo, el racismo, el patriarcado y la heteronormatividad se entrecruzan y generan múltiples y simultáneas formas de poder y exclusión” (Makcimovich, 2016, s/p).

¿Como saber si una investigación es feminista?

La investigación feminista intenta romper con los clásicos métodos objetivos científicos, y nos invita a interpelar su forma de desarrollo androcentrista.

Biglia (2005) nos trae once supuestos básicos que nos permiten identificar una investigación activista feminista, y que lejos de ser una normativa metodológica a seguir, nos permite poder interpelar nuestras investigaciones y entender desde dónde estamos escribiendo.

El primero de ellos tiene que ver con el “*compromiso para el cambio social*”, y es entendido como un proceso que permite el cambio social en contra de las discriminaciones y/o los abusos de poderes. Es decir que la investigación tiene que invitar a pensar transformaciones sociales, y no ser meramente reproducciones teóricas sobre una temática.

El segundo tiene que ver con la “*ruptura de la dicotomía público / privado*”, si bien como he dicho anteriormente el tema de mi investigación parece ser de una lucha lejana, la feminización de los cuidados deja en evidencia que esta dicotomía entre lo público y lo

⁴ Es importante destacar que uno de los mayores logros del movimiento es el uso del término FEMICIDIO, que hace referencia al acto de asesinar a una mujer por el hecho de ser mujer. La figura del femicidio en los casos de este tipo de asesinatos, permite en primer lugar ponerle nombre a una problemática que nos acontece y que se ha incrementado con los años, haciendo que se haga visible, y logrando que la pena por cometer un femicidio sea de alrededor de 35 años (cadena perpetua en Argentina).

Este logro en la actualidad está siendo cuestionado por quien es el Presidente de Argentina Javier Milei, quien sostiene que eliminará la figura de femicidio. El mismo también ha intentado relacionar la homosexualidad con la pedofilia, y niega la existencia de una desigualdad por razones de género, entre otros dichos aberrantes durante su actual mandato.

privado sigue estando presente, ocultando la temática en torno a los cuidados al invisibilizar la misma, ya que se encuentra dentro del ámbito de lo “privado”.

El tercero se trata de la *“relación de interdependencia entre teoría y práctica”*, una puede modificar a la otra constantemente, y es por tal motivo que no pueden verse por separado.

En cuarto lugar tenemos *“reconocimiento de la perspectiva situada”* y le sigue la *“asunción de responsabilidades”* aquí la autora hace referencia a la importancia de hacernos las siguientes preguntas ¿para quién estamos haciendo la investigación? ¿cuáles posibles usos de los resultados del trabajo en el que participamos pueden ser hechos?, y a su vez establecer criterios éticos a tener presentes en toda la investigación.

El sexto principio es *“la valoración y el respeto de la agencia de todas las subjetividades”* que están implicadas, explícita o implícitamente, en el proceso de investigación y el séptimo habla de *“la puesta en juego de las dinámicas de poder que intervienen en el proceso”* a mi parecer uno de los principios más importantes, y que más notoriedad tienen en la presente investigación, desde los distintos roles de poder dentro de la institución de salud entre los profesionales, hasta en las mismas entrevistas con personas usuarias de la institución de salud, en las que se puede notar el poder que ejerce el hombre sobre la mujer en varias ocasiones.

El principio ocho *“una continúa abertura a ser modificadas por el proceso en curso”* y el nueve *“reflexividad/autocrítica”*, se encuentran a mi entender relacionados, ya que al trabajar en investigaciones con contextos tan cambiantes sobre todo en Argentina, pero también partiendo de la base que los problemas de investigación que se construyen en torno a problemas sociales se expresan en una cotidianidad compleja, resulta casi imposible que no sucedan modificaciones durante la misma, comprendiendo entonces que hay que estar en constante apertura y disposición de cambios y giros en la investigación. Así también a poder reflexionar y hacer una autocrítica, de nuestro trabajo, pero lejos de una especie de “autocastigo”, sino desde una perspectiva de crítica constructiva, sobre todo

para poder problematizar y repreguntar cada paso que damos, teniendo en cuenta que trabajamos con personas que merecen respeto y cuidado.

Los últimos dos son: *“saberes colectivos/ lógicas no propietarias”* y *“redefinición de los procesos de validación del conocimiento”*, e intentan romper con las lógicas capitalistas de lo individual, y lo competitivo. Muchas veces en el ámbito académico nos sucede que vemos la licenciatura como una carrera, las becas de investigación se vuelven una competencia sobre quién es mejor, como también sus evaluaciones y procesos burocráticos.

El desafío es que prime lo colectivo, ante las ideas de individualismo y competencia. Ningún saber es propio, de manera contraria es un plato que está hecho con muchas manos, y es por tal motivo que esta tesis (en algunas ocasiones) se desplaza en su escritura de forma “plural”; ya que responde al supuesto anteriormente nombrado de los saberes colectivos, haciendo parte del proceso de investigación a las voces participantes e intentando no caer en una apropiación de saberes expuestos por otros compañeros.

A su vez esta investigación resulta ser feminista porque comprende en su desarrollo el resto de supuestos anteriormente nombrados. En primer lugar a través de la visibilización de la desigualdad en la distribución de las tareas de cuidado, sostiene un compromiso para el cambio social en contra de las discriminaciones y/o los abusos de poderes, ejercidos sobre las mujeres, pudiendo romper con la dicotomía de lo público y lo privado, ya que durante muchos años lo que pasaba de las puertas del hogar hacia dentro no resultaba ser un tema de interés, favoreciendo al sistema capitalista patriarcal. A través de esta investigación feminista se intenta visibilizar los abusos de poder y vulneraciones de derechos existentes para con las mujeres en torno a los cuidados, y contribuir a pensar estrategias de intervención. De igual forma, al ser este escrito realizado en una institución de salud, quedan a la vista otras luchas de poder, como por ejemplo los modelos de atención que priman en los hospitales, que responden en muchos casos a lógicas individualistas, y patriarcales.

En cuanto a la metodología utilizada se puede afirmar que también responde a los 11 supuestos, ya que la misma ha sido elegida entendiendo la importancia de la relación de mutualismo existente entre teoría y práctica por un lado, y a su vez comprendiendo el poder de la perspectiva situada, y la valoración y el respeto de la agencia de todas las subjetividades ante un análisis contextualizado que incluye experiencias y valoraciones personales, notas de campo, charlas informales, entrevistas que recuperan las voces de los trabajadores, entre otras.

Por último, y siguiendo con el lineamiento de poder afirmar que estamos frente a una investigación feminista, he tomado durante el proceso de escritura una postura crítica, reflexiva y flexible a los cambios que pudieran surgir. En primer lugar (y a mi manera de entender, el más importante) porque resulta ser una investigación con personas atravesadas por distintos contextos sociales, económicos lo que implica tener cierta adaptabilidad, y compromiso para no caer en una especie de extracción de información para utilidad y beneficio propio, y en segundo lugar porque considero que el proceso de escritura debe comprender una autocrítica constante, a través de la relectura y nuevos interrogantes o hipótesis que puedan aparecer.

Perspectiva de género feminista e interseccionalidad

Mi tema de tesis surgió en las salas del hospital, en las esperas, en las entrevistas, en frenar, y mirar a mi alrededor. Cuando me detuve a observar solo veía mujeres, que iban a las consultas pero también y en su gran mayoría a “acompañar” a otras.

En una entrevista hacia una de las colegas me comentaba que esta historia viene sucediendo hace mucho tiempo, que las salas siempre estuvieron y están llenas de mujeres, que siempre las entrevistas son con madres, abuelas, tías, primas, esposas del usuario, pero que recién ahora podía verlo con otros ojos. ¿Y cuáles son esos ojos? Hablamos del poder intervenir desde una perspectiva de género, que nos propone reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros -constituidas social e

históricamente- y que atraviesan todo el entramado social y articulan otras relaciones sociales (Makcimovich, 2017).

Como trabajadores sociales al intervenir desde una perspectiva de género podemos visibilizar problemáticas que han estado ocultas por mucho tiempo. Esto quedó a la vista cuando la colega afirmó que si bien la feminización de los cuidados hoy sigue existiendo, hay un paso que está dado y es el de la visibilización. Visibilizar y problematizar aquello que aparece como ya dado, es producto de esta perspectiva y así lo dejaba a entrever la entrevistada:

Se da también la particularidad que en el equipo de nefrología somos todas mujeres, salvo raras excepciones...médicas mujeres, enfermeras, psicóloga mujer, nutricionista mujer, yo soy mujer, hasta las dos secretarias son mujeres, quizás sea por esto. La realidad es que en el hospital, si vos me tenes que decir hace 20 años atrás que yo estaba acá, esto fue siempre así, pero no lo estábamos reparando, esa es la gran diferencia que bueno ahora podemos notarlo. Esto existió siempre, ahora que pienso son todas mujeres, pero era como naturalizado para dentro de los equipos, ahora no y eso me parece importante, un paso importante (Entrevistada 4).

Como podemos notar la presencia de perspectivas feministas permiten ponerle nombre a lo que sucede, le da la entidad y la fuerza que necesita para ser un tema de interés como lo es hoy.

Ahora bien las relaciones de poder, también están dadas por otros sistemas de opresión, y es importante que sumemos a esta perspectiva de género feminista, la idea de interseccionalidad. Este concepto que nos trae Crenshaw (1991) permite señalar las distintas formas en las que la raza, el género, la clase social, interactúan, comprendiendo así las múltiples formas de opresión que sufrimos las mujeres.

Podemos decir entonces que a su vez la perspectiva de género incluye el análisis de las relaciones sociales intergenéricas, personas de géneros diferentes, e intragenéricas,

personas del mismo género (Lagarde,1996). Adhiero así a lo expuesto por Lagarde (1996) en que la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. Además la construcción de esta y otras perspectivas (de género, decoloniales, feministas, críticas) en nuestra profesión nos permite situarnos en el contexto de las mujeres comprendiendo sus singularidades, para analizar desde allí las múltiples vulneraciones que nos atraviesan y entrecruzan, entendiendo que existen relaciones desiguales incluso entre los géneros.

Enfoque de Derechos

Esta tesis no solo se encuentra guiada por los objetivos de la investigación, sino que también responde a las incumbencias y obligaciones que tengo como Trabajadora Social en formación, que se encuentran en el marco de la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072 y que a su vez responden a mi posicionamiento ético-político. La misma comprende al Trabajo Social como:

una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Art.4).

Esta definición conlleva a tomar la decisión de que la perspectiva que guíe la investigación sea la de Enfoque de Derechos, entendiendo a las personas como sujetos de derechos.

Entonces, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de Derechos Humanos? entendemos a los mismos como a un conjuntos de libertades y derechos inherentes a cada ser humano, que apuntan a garantizar y satisfacer condiciones indispensables para el desarrollo de una

vida digna, “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Armida; Cassino, Ciarniello, Witis; 2015, p.11).

Aun viendo las coincidencias entre estos dos fragmentos, me pregunto ¿cuán universales son los Derechos Humanos? ¿Realmente no tienen distinción, son para todos? ¿Existe la igualdad ante la ley? Si esto fuera así, esta tesis probablemente no tendría existencia, porque si hablamos de que todo ser humano es inherente a estos derechos que garantizan lo indispensable para una vida digna, ¿donde están los derechos de aquellas mujeres que tienen una triple jornada laboral y que resultan ser pobres?

Es importante aclarar que aunque todas estos cuestionamientos aparezcan, este enfoque es de suma importancia para nuestra profesión, ya que en este caso los Derechos Humanos, tal como los entendemos aquí, no se vinculan a la jerga de los organismos internacionales, sino a las propuestas denominadas garantistas, en clara confrontación con las perspectivas liberales que apuntan a la penalización, a la individualización de problemáticas que son sociales y que se expresan en políticas de mano dura, de judicialización de la pobreza y las juventudes, y que promueven la ausencia del Estado y a la mano invisible del Mercado como reguladora de lo social (Hermida, 2018). Resulta pertinente de esta manera, no solo hablar de Derechos Humanos, y posicionarnos desde allí sino también, tener la capacidad de reflexionar sobre los mismos, y poder situarlos y contextualizarlos.

Consideraciones ético-políticas, metodológicas

En la formación académica de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, al llegar al quinto año de la misma nos encontramos con la materia “Supervisión de las Intervenciones Sociales”. Se trata de una asignatura que nos permite vincularnos con los campos de trabajo que tendremos a futuro; a través de prácticas de formación profesional supervisadas dentro de distintas instituciones (que por lo general son

elegidas por los estudiantes), y que cuentan con supervisores a cargo. Desde esta materia se propone pensar un problema de intervención, que suele ser (en muchos casos) el primer acercamiento a pensar un problema de investigación para el desarrollo de la tesis de grado, como fue en mi caso.

La elección de optar por una investigación cualitativa, me llevó a pensar en el uso de la sistematización de intervenciones sociales. Esta metodología guarda su fundamento en que durante las prácticas de formación profesional supervisadas, el uso del cuaderno de campo, las charlas con los distintos profesionales de la salud, como los trabajadores sociales, médicos, enfermeras, los encuentros entre pasillos, el registro de las entrevistas con usuarias de la institución de salud, fueron de gran aprendizaje para mí.

Poder relacionar la práctica con la teoría en cada encuentro, me resultaba fascinante y es por eso que aparece esta metodología como la indicada para poder enriquecerme y enriquecer a otros de conocimientos adquiridos durante las prácticas de formación profesional supervisadas.

La categoría de sistematización surge como una práctica de producción de conocimiento, con un enfoque anclado a la realidad latinoamericana y que se enfrenta a posiciones empírico-positivistas y practicistas (Meschini y Dahul, 2017). Tal como sostiene Meschini (2018) la sistematización es una categoría polisémica, es decir que no todos entendemos lo mismo cuando la nombramos, tratándose de un término disputado en sus significados; y que al partir desde la intervención en lo social, la experiencia y la práctica nos permite una interpretación crítica del proceso vivido. De esta manera nos invita a relacionar constantemente la teoría y la práctica, entendiendo que desde las intervenciones podemos lograr conocimiento, y por qué no nuevas teorías, que tienen su origen en la problematización de situaciones que se dan durante nuestras intervenciones.

Podemos entonces tomar la definición de Paula Meschini (2018) quien nos dice que

la sistematización es entendida entonces como un proceso de recuperación y apropiación de una intervención social en el marco de una práctica formativa determinada, que al relacionar históricamente sus componentes teórico-prácticos, permite comprender y explicar los contextos, los sentidos fundamentos, lógicas y aspectos problemáticos que presenta la misma en la sociedad contemporánea, con el fin de aportar a la transformación de la realidad y cualificar la comprensión del proceso de intervención social (p.62).

Ahora bien como dije al principio esta investigación -vale aclarar que siguiendo a Meschini (2018) y Meschini y Dahul (2017) entendemos a la sistematización como una forma de investigar en sentido no positivista- tiene el carácter de ser cualitativa ya que abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos como son: la experiencia personal, introspectiva, entrevista, entre otros que describen los momentos habituales y problemáticos de los individuos (A.Soneira; 2006). En el caso de esta investigación; el cuaderno de campo, las entrevistas realizadas, las charlas entre pasillos, documentales, películas y entrevistas en distintos formatos, forman parte de todo el trayecto de la investigación y resultan importantes no solo para interpelarme y crear las preguntas de la misma, sino también para generar posibles supuestos de investigación.

Además este autor nos enumera a lo largo de su escrito que quien lleva a cabo una investigación cualitativa debe tener sensibilidad social y teórica, manteniendo una distancia analítica (A.Soneira, 2006). Este último concepto en la actualidad se encuentra en discusión ya que se entiende como una estrategia de resguardo de las subjetividades, un mantra aprendido de modelos positivistas, que propone una distancia donde dejar en claro que el otro es eso, una otredad diferente que no debe atravesarnos para poder respetar los roles y no confundirnos en el hacer cotidiano (Rey y Stradella, en prensa)

En contraposición a esta idea Mercedes Nieto (2017) propone la importancia de la cercanía óptima, entendiendo que se refiere a:

La suficiente cercanía para afectar y dejarse afectar, pero también para no confundirnos, fusionarnos y sobre-identificarnos con la situación y los sujetos. La conciencia de esta cercanía funciona en forma de advertencia en una relación necesariamente asimétrica de roles pero que implica una presencia auténtica, genuina y afectiva. Y se consigue acompañado necesariamente del trabajo en equipo y de la capacidad de trabajarse a uno mismo, gestando y cuidando espacios de reflexión sobre la práctica (Nieto, 2017, p. 1)

Luego de estas aclaraciones, se comprende que la investigación resulta ser de carácter cualitativa, y utiliza la sistematización de las prácticas de formación profesional supervisadas como metodología central, y a través de una cercanía óptima (Meschini, et. al., 2021).

Ahora bien, a su vez esta investigación está guiada por interrogantes principales que surgieron al pensar el problema siendo estos los que se detallan a continuación: ¿Cómo aparecen los discursos vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del tránsito salud-enfermedad-cuidado en los plexos normativos e institucionales? ¿Cuáles son los discursos de los trabajadores sociales en relación a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-cuidado de los usuarios? Por último ¿qué refieren los trabajadores sociales en relación a las implicancias que existen en materia de géneros en lo relativo a la distribución de responsabilidades y asunción de tareas de acompañamiento y cuidado por parte vínculos familiares y afectivos?

A partir de estas preguntas se construyeron los siguientes objetivos de la investigación:

Objetivo general

Analizar las configuraciones discursivas en torno a los cuidados en los trabajadores sociales participantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados del Hospital Interzonal General de Agudos.

Objetivos particulares

-Relevar los discursos que circulan en los plexos normativos e institucionales vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del proceso salud-enfermedad-atención- cuidados de les usuaries.

- Describir las singularidades que suponen los cuidados en las áreas de nefrología, terapia intensiva, neumonología e infectología.

-Registrar los discursos que construyen les trabajadores sociales en torno a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención- cuidados de les usuaries.

Selección de la muestra y técnicas de recolección: el proceso de evaluación del Servicio de Docencia e Investigación y del Comité de Bioética del HIGA-HIEMI

Para poder realizar esta investigación, se requirió de la aprobación del Protocolo de Investigación a través del Servicio de Docencia e Investigación y del Comité de Bioética del HIGA-HIEMI quien se encarga de evaluar la totalidad de las prácticas investigativas desarrolladas en la institución. Este protocolo fue aprobado⁵ el 17 de agosto de 2024, considerando que la misma: aporta un valor social y comunitario, teniendo en cuenta que puede favorecer a una revisión crítica por parte de las/los profesionales sobre las intervenciones vinculadas a las labores de cuidado que, en un futuro, puedan propiciar el

⁵ COMITÉ ACREDITADO EN EL C.E.C. Ministerio Salud Pcia. Bs. As 029/2010 folio 76 libro 1 01-04-2011.

diseño de nuevas propuestas de intervención en el marco del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados⁶.

Durante el proceso de construcción del problema de investigación se tomó la decisión de estudiar los discursos de los profesionales, para de esta manera cuidar a las redes de apoyo de usuaries -sobre todo de aquellos que se encontraban en procesos críticos-. Este protocolo permitió explicitar este proceso, de manera tal que esta investigación se circunscribe al equipo de trabajadores sociales del Hospital Interzonal General de Agudos, de las áreas: unidad de terapia intensiva, clínica, infectología, nefrología y neumonología.

- **Criterios de inclusión y exclusión:** La selección de estas áreas se fundamenta en mi práctica de formación profesional supervisada, siendo esos espacios en los que más tiempo transité y en los que comencé a problematizar(me) la importancia de los cuidados y su mayoritaria feminización.

El tipo de muestreo es intencional, considerando a todos aquellos participantes que respondan a los criterios de inclusión, que en este caso son:

- Ser licenciado en Trabajo Social (o Lic. en Servicio Social)
- Trabajar dentro del Hospital Interzonal General de Agudos en alguna de las áreas mencionadas: unidad de terapia intensiva, clínica, nefrología y neumonología.

Dicho esto los criterios de exclusión son: no ser Licenciado en Trabajo Social, y no pertenecer al grupo de trabajo de alguna de estas unidades, y el criterio de eliminación, responde a aquellos que no deseen participar.

De esta manera la muestra quedó determinada por cuatro trabajadoras sociales mujeres, que cuentan con larga trayectoria dentro de la institución, y son quienes trabajan en las áreas nombradas anteriormente. Las mismas han sido elegidas a su vez por ser mis supervisoras durante la práctica de formación profesional supervisada, contando además con la aprobación de la Jefa del Servicio, al considerar su participación.

⁶ El dictamen aprobatorio, se encuentra anexo al final de esta tesis.

Es necesario aclarar que la característica de que todas las entrevistadas sean mujeres no fue por una decisión propia o estratégica, sino que las mismas corresponden al equipo de trabajadoras de las áreas elegidas. En uno de los sectores el entrevistado iba a ser varón, pero al ser jurado de la presente tesis se decidió que no sea parte de la entrevista. En esta aclaración es interesante observar como en su mayoría el equipo de los trabajadores sociales, está compuesto por mujeres, como sucede también con aquellas profesiones que tienen que ver con el cuidar.

Dentro de todo el equipo de profesionales se decidió entrevistar solo a Trabajadoras Sociales, para poder observar cómo los discursos participan en nuestras intervenciones, y a su vez en la vida cotidiana de los sujetos que son usuarias del HIGA, (también en los mismos trabajadores) y buscando además generar interpelaciones propias sobre nuestro quehacer y la importancia de pensar los cuidados como generador de desigualdades de género, dentro del sistema actual.

A su vez, a pedido del Servicio de Docencia e Investigación y del Comité de Bioética del HIGA-HIEMI se realizó una matriz de datos compuesta por tres columnas: objetivos, variable e indicadores que permitió observar de manera más eficiente y específica la operabilidad a seguir:

Objetivos	Variable	Indicadores
Objetivo específico 1: -Relevar los discursos que circulan en los plexos normativos e institucionales	Variable 1-Marcos normativos en torno a cuidados y salud según alcance (local/nacional/internacional)	Indicadores de variable 1: 1-Existencia o no de normativa vigente en torno al tema 1-Presencia o no de conceptualización de los cuidados en los marcos normativos

<p>vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del proceso salud-enfermedad-atención- cuidados de les usuaries.</p>	<p>Variable 2: Prácticas sociales en torno a esas normativas</p>	<p>1-Perspectivas teóricas que subyacen a la conceptualización</p> <p>1- Presencia o no de los cuidados como derecho y garantías de las personas</p> <p>1- Lugar que ocupan referentes/redes de apoyo en esas normativas</p> <p>1-Lugar que ocupa el Estado en materia de asistencia/protección en esas normativas</p> <p>1-Lugar que ocupa la persona usuaria en las normativas</p> <p>1- Existencia o no de protocolos de atención que aborden vínculos entre salud, cuidados y derechos</p> <p>1- existencia o no de políticas institucionales que aborden los cuidados</p> <p>Indicadores de variable 2:</p>
---	--	--

		<p>2- valoración de profesionales de Trabajo Social frente a normativas existentes</p> <p>2- valoración de profesionales de Trabajo Social frente a las políticas institucionales y protocolos de atención implementados</p> <p>2- Injerencia de profesionales de Trabajo Social en el diseño de las políticas institucionales y protocolos de atención implementados</p> <p>2- prácticas sociales de redes de apoyo frente a normativas existentes</p>
<p>Objetivo específico 2: Describir las singularidades que suponen los cuidados en las áreas de nefrología, terapia intensiva, neumonología y clínica.</p>	<p>Variable 3: Caracterización de los cuidados según complejidad de las áreas/servicios</p>	<p>Indicadores de variable 3:</p> <p>3-Particularidades de los cuidados según área</p> <p>3-Singularidades de los cuidados de acuerdo a las áreas, tipos de cuidados y quienes los gestionan según áreas</p> <p>3-Criterios profesionales al intervenir en el proceso de</p>

		salud-enfermedad-atención-cuidado según área
<p>Objetivo específico 3:</p> <p>Registrar los discursos que construyen los trabajadores sociales en torno a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención- cuidados de los usuarios.</p>	<p>Variable 4: Gestión de los cuidados</p>	<p>Indicadores de variable 4:</p> <p>4-Identificación de la composición de las redes de apoyo</p> <p>4-Presencia de modelos de cuidados feminizados</p> <p>4-Presencia de otros actores que participan en los cuidados: estado, mercado y organizaciones sociales.</p> <p>4- Tipo de gestión de los cuidados según se trate de situaciones de internación o de cuidados ambulatorios/domiciliarios</p> <p>4- Formas en que los profesionales de Trabajo Social comprenden los cuidados</p> <p>4- Estrategias que promueven los trabajadores sociales para acompañar los procesos de organización de los</p>

		<p>cuidados en la cotidianidad de las redes de apoyo.</p> <p>4- Tipos de estrategias de intervención que implementan profesionales de Trabajo Social en el procesos de salud-enfermedad-atención- cuidados.</p> <p>4-Presencia o no de articulaciones y/o conflictos interinstitucionales al momento de diseñar estrategias de intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidados.</p>
--	--	---

La técnica de recolección de datos utilizada en esta investigación fueron las entrevistas semiestructuradas, lo que me permitió como entrevistadora tener una guía de preguntas flexibles, sin un orden específico sobre distintos temas, y plantear preguntas que consideré necesarias, pudiendo explicar su significado, y pedir cuando sea necesario a la entrevistada que profundice en aquello que no se haya comprendido (Corbetta, 2007). A su vez se rescataron aportes del enfoque narrativo (Ripamonti, 2017) para el análisis de las entrevistas, ya que el mismo permite a las entrevistadas, ser parte como sujetas activas en la construcción del conocimiento.

Otra de las técnicas que se implementó en esta investigación es la observación participante, la cual tiene como característica principal la introducción al contexto social que se quiere

estudiar, con el fin de realizar una mirada desde adentro para facilitar la comprensión, y comprendiendo en su utilización la implicación y la identificación (Corbetta, 2007).

El análisis de los datos obtenidos

Para poder hacer un análisis lo más exhaustivo posible, se utilizaron los aportes de la teoría fundamentada de los datos (Glasser y Strauss, 1967). La misma siguiendo a estos autores y según lo expresado por Abelardo Jorge Soneira (2006) se basa en dos grandes estrategias: el método de la comparación constante, y el muestreo teórico.

En el método de comparación (para generar teoría) se analizan, recogen y codifican datos de manera simultánea, utilizando dos procedimientos. Por un lado el de ajuste, que requiere que las categorías deben surgir de los datos y a su vez ser aplicables a ellos y por otro lado el de funcionamiento, en el que se requiere que estas categorías utilizadas sean apropiadas y capaces de explicar la conducta.

La segunda estrategia es el muestreo teórico, utilizado para descubrir categorías y sus propiedades, y para sugerir las interrelaciones dentro de una teoría (Glaser y Strauss, 1967, p.62)

En mi caso como comenté anteriormente, la recolección de la información fue producto de las entrevistas a las trabajadoras sociales, pero también de las notas del cuaderno de campo y charlas informales durante las prácticas.

Una vez que se obtiene la información, se produce la *codificación*, buscando descubrir relaciones entre la información obtenida y así comenzar a interpretar, es decir, construir datos. Primero se comparan entrevistas con entrevistas de donde se producen las categorías y luego los datos obtenidos con estas últimas, denominando a este proceso como *comparación constante* (Soneira,2006)

El tercer momento tiene que ver con la *delimitación de la teoría*, entendido por el autor como un proceso de comparación en el que se obtienen similitudes y diferencias, a través de dos

operaciones distintas: el criterio de parsimonia utilizando la menor cantidad de conceptos y a través del criterio de alcance, ampliando el campo de aplicación de la teoría, sin desprenderse de su base empírica (Soneira,2006).

Por último, cuando una categoría aparece reiteradamente y se conecta perfectamente con el resto de las categorías nos encontramos con la *categoría central*, logrando terminar con el procedimiento de codificar información que no tenga que ver con esta categoría central llegando así al procedimiento de codificación selectiva. Finalmente, con todas estas herramientas de análisis y recolección sólo queda comunicar los resultados obtenidos.

A través de los aportes de la teoría fundamentada de los datos, pude ordenar de manera organizada los datos obtenidos, comparando cada entrevista, buscando similitudes y diferencias y descartando aquellos datos que no guardaban relación con la categoría central. Muchos de estos datos que han quedado por fuera, me abrieron nuevos interrogantes que no pueden ser resueltos en esta investigación, pero que si abren un abanico de nuevas demandas investigativas para el futuro.

Por último, y a mi parecer lo más enriquecedor, me resultó interesante poder rescatar toda la información obtenida de las prácticas de formación profesional supervisadas, ya que lo que he aprendido allí fue de suma importancia para mi formación.

A modo de cierre

A mi parecer, resulta de suma importancia que a la hora de leer una investigación podamos comprender desde donde se ha escrito, y que metodologías y perspectivas se encuentran en la misma, es por eso que he optado por empezar el primer capítulo con el desarrollo de aquellas que conforman mi investigación.

Toda decisión que se ha tomado en este escrito, tiene que ver con una decisión política propia, desde la elección del campo de mis prácticas de formación profesional supervisadas, el tema de investigación, llegando hasta la forma de escribir la misma (quizás en algunas partes de manera más poética) y las metodologías utilizadas.

La investigación cualitativa me permitió enriquecer mi conocimiento, pudiendo utilizar las notas de campo, las experiencias vividas, las charlas informales, las entrevistas realizadas por mi, pero también de las que participé como observadora durante las prácticas.

Las entrevistas semiestructuradas fueron fundamentales para flexibilizar este proceso, teniendo la posibilidad de volver a repreguntar, o explicar lo que no se entendía y sobre todo logrando una mayor libertad a la hora de la expresión.

La perspectiva de género, me permitió frenar, mirar a mi alrededor, y notar que las mujeres dedicamos nuestra vida a cuidar, pero parece que hay quienes no lo notan.

El Enfoque de Derechos me permitió ver a la feminización de los cuidados como una vulneración más de derechos hacia las mujeres, para finalmente lograr uno de los objetivos finales que siempre me gusta decir: investigar para transformar.

El protocolo de investigación enviado al Comité de Bioética del Hospital, ha resultado un desafío muy importante en esta tesis, y quizás sea uno de los más difíciles, pero es a partir de allí, al igual que el plan de tesis desde donde pude partir de manera más clara.

Capítulo 2:

Cuidar para sostener el mundo:

debates conceptuales.

¿Quién cuida de nosotras?



Presentación:

El siguiente capítulo tiene como objetivo poder acercarse a una definición clara sobre los cuidados, entendiendo que la misma no comprende un concepto acabado, sino que de manera contraria resulta de gran debate, por la complejidad que supone. Sin embargo, y en concordancia con esto último, hablaré de cuidados en plural, ya que entiendo que existe una pluralidad de los mismos, dependiendo el contexto en el que estén dados. Ningún cuidado es igual a otro, ya que los mismos se encuentran atravesados por distintos condicionantes como el género, la clase social, la etnia, la raza y la importancia que tenga el mismo para esas personas.

Los cuidados representan uno de los mayores reproductores de la desigualdad de género, entendiendo que existe una división sexual del trabajo y uso de tiempo diferenciada según se sea hombre o mujer, u otras identidades feminizadas; incluso algunos estudios dan cuenta de cómo esta desigualdad se acrecienta en caso de personas migrantes. (Federici, 2018; Fraser, 2016; Hochschild, 1989,2003; Tronto, 1993,2013)

Si bien en los últimos años las mujeres nos hemos insertado con mayor notoriedad en el mundo laboral formal; la lucha por reconocer a las tareas de cuidado como trabajo no reconocido, y mal pago, el cuidado como sostenibilidad de la vida, la idea de una organización social de los cuidados para una menor desigualdad de género, sigue dando pelea para estar nuevamente dentro de la agenda. De esta manera, y tras las elecciones presidenciales en Argentina de 2023, la idea de individualidad resurge; poniendo en duda conceptos como la justicia social, o la efectividad del movimiento feminista, cerrando Ministerios que atienden y comprenden estos asuntos y negando la brecha salarial existente entre hombres y mujeres. Teniendo en cuenta este contexto resulta de suma importancia, volver a las bases para tomar impulso.

En este capítulo podrán encontrar definiciones sobre el cuidado, tanto de distintos autores como de las mismas colegas entrevistadas. Se encontrarán con un análisis acerca de la

importancia de entender al cuidado como un derecho humano, y también como el mismo resulta ser importante a la hora de pensar una Economía Feminista.

Debates en torno a la noción de cuidados

En los últimos años los debates en torno a los cuidados, han ido ocupando distintos espacios y apareciendo constantemente en la agenda latinoamericana; sobre todo en investigaciones feministas con perspectiva de género e investigaciones académicas, que han demostrado las escasas políticas públicas existentes y la insatisfacción ante la creciente demanda en materia de cuidados.

La conceptualización de los cuidados en las Ciencias Sociales surge en el campo de los estudios de género, en diálogo con los debates sobre la división sexual del trabajo, la distinción entre trabajo productivo y reproductivo, remunerado y no remunerado y la esfera pública y privada (Batthyány, 2020).

Aunque algunas puedan llegar a pensar que hay discusiones que ya están acabadas como lo es en torno a que “lo personal es político”, el debate vuelve a estar latente y con mayor fuerza al notar que si bien las mujeres logramos incorporarnos al mercado laboral público y remunerado, seguimos siendo quienes se ocupan de la mayor parte de las tareas de cuidado dentro y fuera del hogar, ya que la distribución de las mismas no ha tenido grandes cambios, siendo que los hombres siguen ocupando un bajo porcentaje de participación en las mismas. Para poder adentrarnos al debate, entenderemos a los cuidados como todas las actividades ilimitadas y complejas necesarias para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad y en la cotidianidad (Rodríguez Enriquez y Marzonetto, 2015; Zibecchi, 2014).

Los cuidados comprenden a esa infinidad de pequeñas (y complejas) acciones que suceden cotidianamente, de manera rutinaria, para que la vida funcione y para que el hogar sea un lugar posible: procurar la alimentación, el descanso, la higiene, la educación, la atención de

la salud, la búsqueda de medicamentos y recetas, la contención emocional, los traslados y movimientos de las personas que integran las familias (Ela y Unicef 2024; Obon 2023).

Todas estas actividades son el resultado de acciones sostenidas por personas que comprometen su tiempo, dedicación y esfuerzo (Ela Y Unicef 2024) por lo que podemos descifrar y coincidir a través de estas conceptualizaciones que estamos frente a un trabajo, ya que involucra esfuerzo y desgaste de energía (corporal y emocional), tiempo, una simultaneidad de actividades que suelen realizarse a la vez y por si esto fuera poco también genera valor para la sociedad en su conjunto (Zibecchi, 2014).

El cuidado, no solo es un concepto polisémico sino claramente transversal, ya que incluye todo el ciclo de vida de una persona con distintos grados de dependencia y que atraviesa además el ámbito privado y el público (Pautassi, 2018). Si bien se tiende a pensar que en la niñez es donde uno depende de mayores cuidados, en los últimos años la población ha sufrido cambios en torno a la esperanza de vida teniendo así una población de adultes mayores bastante amplia; lo que implica aumentar la cantidad de proveedores de cuidado. Es decir que nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, convirtiendo así al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano (Faur; Jelin, 2013).

En los últimos años las distintas transformaciones en la conformación de la familia, la inserción de las mujeres en el mercado laboral, el reconocimiento de derechos del colectivo LGTBIQ+, el crecimiento de la esperanza de vida, resultan ser factores que dejan a entrever el tema de los cuidados, como un problema público, de agenda y de gran preocupación ante la poca respuesta ofrecida por el Estado.

Sumado a esto, como he aclarado anteriormente, la participación creciente de las mujeres en el ámbito laboral público y ante la falta de servicios gratuitos de cuidados, el cuidado de personas mayores ha recaído sobre otras mujeres que trabajan en malas condiciones, donde por ejemplo, no se encuentran registradas. Pero también y de manera contraria, tenemos el caso de quienes tienen un sustento económico y pueden optar por servicios de cuidado privados, ubicando de esta manera a los cuidados como dependiente de la clase

social, y no como un derecho.

Ahora bien, volviendo al debate sobre la noción de cuidados, una de las preguntas que se realizó a las entrevistadas tiene que ver con qué entienden por cuidados, a lo que la mayoría respondió con una enumeración de tareas, y comprendiendo al mismo como un concepto complejo por su multiplicidad, también en algunos casos se optó por repreguntar o reformular la pregunta para su mejor comprensión, obteniendo las siguientes respuestas:

El cuidado se relaciona directamente con el acompañamiento en lo que corresponda, ya puede ser desde una higiene y confort hasta hacer un trámite en alguna otra institución, o aca mismo dentro del hospital, o tal vez acompañar de los cuidados de los hijos de esa persona que está internada...creo que es bastante amplio el significado, no lo veo específico en algo, en una acción (Entrevistada 2).

Acá nos encontramos con el primer uso de la categoría cuidado: el acompañamiento. Acompañar y cuidar, son dos conceptos que a menudo se suelen usar como sinónimos. Lo cierto es que existe un gran debate entorno a ello, entendiendo que las primeras diferencias caben en que cuidar se relaciona con la realización de diferentes acciones para preservar el bienestar, a través de resolver distintas necesidades, y en cambio acompañar se centra en el apoyo emocional, la presencia, la escucha activa y el estar junto a la otra persona en su proceso. Sierra (2023) reconoce que este último término resulta ser de carácter polisémico pero acerca una primera definición entendiendo al acompañamiento como una práctica en relación, que cobra sentido en el encuentro, lo inter-subjetivo y lo corporal-afectivo, y agrega a su vez que el oficio de acompañar resulta en un mejor tránsito de las personas por las instituciones a través del sostén (Sierra, 2021).

Por otro lado la entrevistada aporta que los cuidados también comprenden una caracterización polisémica, al decir que los mismos no pretenden una acción determinada/específica, y sino que tendrán que ver con el tipo de cuidados que se requiera en el marco del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Es pertinente entonces

proceder a realizar una caracterización de los cuidados según cada área. En el caso mencionado anteriormente, hablamos del área de neumonología, que en su generalidad se encarga del estudio y prevención de las enfermedades del aparato respiratorio, siendo las patologías más recurrentes el epoc y la tuberculosis. Es por tal motivo que la trabajadora social agrega:

En mi área, los cuidados son para toda la familia, no es solo hacia la persona que está con tuberculosis, sino también de intentar que todo el grupo familiar no se contagie, o que haga el tratamiento preventivo. Justamente es una patología que requiere el cuidado de toda la familia, no solo de la persona, también en esto de trabajar que a la persona no hay que aislarla. Muchas veces nos pasa, que por cuidar la familia, al tuberculoso lo metemos en nose... cuando en realidad se puede convivir con los cuidados que se requieran en cada momento, pero no hace falta que la persona esté sola en una habitación. Todos los pacientes son derivados a su hogar, salvo que no tengan (Entrevistada 2)

En este caso entonces, podemos observar que el cuidado dependerá en primer lugar de la gravedad de la patología (como en la mayoría del resto de las áreas) y en este área en particular se trabaja en conjunto con la red de personas que conviven con el usuario. Los cuidados entonces tendrán que ver con la toma de la medicación, la asistencia a los controles, y con el aislamiento e higiene necesaria para prevenir contagios.

Por otro lado otra de las trabajadoras sociales que trabaja en el área de cirugía, terapia intensiva y neurología, refiere lo siguiente:

Los cuidados son muy amplios, entendiendo no solo los cuidados de la enfermedad, el acompañar, plantear un cuidado cuando vos estás en situación de calle y no tenes para comer y... es como difícil. Siempre creo que uno apunta a la mejor calidad de vida, brindar un cuidado acorde a las necesidades del otro y con las posibilidades reales del otro (Entrevistada 1).

En este fragmento aparece algo muy interesante y es la capacidad de poder territorializar la mirada (Ierullo, 2022) y tiene que ver con poder tener una lectura situada de los cuidados, y

poder comprender el contexto que rodea a ese cuidador. Como bien comenta la Trabajadora Social entrevistada, en las intervenciones esperamos un ideal de calidad de vida de las personas (pensando en sus derechos) pero luego nos chocamos con la realidad, y es necesario parar y contextualizar.

Por ejemplo, cuando se trata de usuaries que no cuentan con un lugar donde vivir -una característica frecuente de quienes transitan por el HIGA- las estrategias de cuidado planteadas por el equipo, deben adaptarse significativamente en comparación con quienes disponen de un hogar y una red de apoyo. Lo mismo ocurre en casos donde las personas se encuentran construyendo su casa, enfrentan problemas de humedad, o conviven con muchos animales. Todas estas condiciones configuran un conjunto de factores que se deben tener en cuenta al momento de planificar y pensar determinados cuidados.

Sin embargo, con frecuencia, el enfoque centrado exclusivamente en “la enfermedad” omite el contexto que rodea a cada usuarie. En esta línea Breilh (2003,2010,2013) sostiene que esta forma de entender la atención de la salud, fragmenta y cosifica la realidad, reduciéndose en partículas estáticas descontextualizadas, guiadas por un análisis meramente biológico e individual. En contraposición, propone el concepto de “determinación social”, que remite a los procesos sociales, culturales, económicos y políticos que configuran tanto la vida, como el cuerpo de las personas.

Desde esta perspectiva, se vuelve necesario territorializar la mirada, y comprender que los cuidados se organizan territorialmente, se expresan en la vida cotidiana de les sujetos, y son interpretados por ellos de distintas maneras. Como señala lerullo (2022) estos cuidados están atravesados por tensiones, sentidos múltiples y conflictos. En definitiva se trata de comprender los cuidados desde la cotidianidad en la que se dan, se disputan y se significan.

En una tercera respuesta, nos encontramos con nuevas caracterizaciones y actores:

podríamos decir muchas cosas sobre el cuidado, tiene que ver con la capacidad de cuidar al otro, de cuidarlo en un momento vulnerable y en momentos de la vida cotidiana,

todos en algún momento de la vida necesitamos cuidados. Pero sí me parece importante esto: no es algo reconocido por el Estado, y que de hecho estaría buenísimo que se avance en un política que le garantice a esas personas que lo hacen, desde el afecto y que realmente tienen un rol importante en la sociedad y que dejan de hacer otras tareas, para cuidar (Entrevistada 3)

Nuevamente aparece la idea de que el cuidado es un concepto amplio, y que aquellos que ejercen la tarea de cuidados, dejan de hacer otras cosas para poder cumplir con ese rol, dejando a entrever que realmente los cuidados son indispensables para la vida, ya que todos necesitamos de ellos en algún momento del ciclo vital. Por otro lado, cuando la entrevistada hace referencia a la “capacidad de cuidar al otro”⁷, podemos comprender al cuidado como una decisión política, en la que se reconoce a ese otro como sujeto de derechos.

A su vez en este fragmento aparece un nuevo actor: el Estado; que es definido por Garcia Linera (2010) en cuatro dimensiones: en primer lugar tenemos al Estado como institución, que refiere a su parte material; en segundo lugar el Estado como creencia, su parte ideal es decir las creencias, las percepciones, el sentido común. En tercer lugar propone la dimensión del Estado como correlación de fuerzas, jerarquías en la conducción y control de las decisiones y bienes ; y en cuarto lugar al Estado como monopolio.

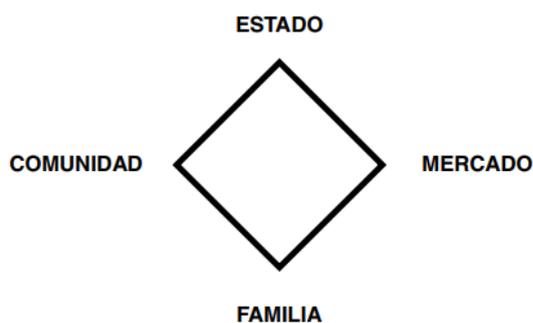
Es entonces el Estado, como bien presenta la profesional, quien debería regular y crear políticas o programas que reconozcan la labor y la importancia de las tareas del cuidado. A su vez este actor se encuentra dentro del llamado: Diamante del cuidado (Razavi, 2007; Rodriguez Enriquez y Marzonetto, 2015) que refiere a un componente de actores que interrelacionados distribuyen y producen cuidados, conformado por: Estado, familia, mercado y comunidad. Faur (2014) entiende que esta organización es como una

⁷ Esta categoría requiere ser profundizada en otro momento ya que incorpora distintos debates, ¿de qué hablamos cuando hablamos de la capacidad de cuidar? ¿Hay personas capaces de ejercer cuidados y otras que no? Estas preguntas pretenden ser posibles disparadores para futuras investigaciones.

configuración dinámica de los servicios de cuidado, que se da en diferentes instituciones, y a la forma en que los hogares y sus miembros, se organizan para cumplir y satisfacer los mismos. Enriquez y Marzonetto (2015) recuperan lo expuesto por Perez Orozco (2007) en lo que se propone como redes de cuidado, entendiendo a las mismas como aquellas que

conforman las personas que dan cuidado y las que los reciben (es decir, todas las personas en nuestros roles de cuidadoras y cuidadas) así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada (p.106)

Figura 1: Diamante del cuidado



Fuente: Razavi (2007)

Ahora bien, lo que podemos notar en la actualidad Argentina es que el Diamante del Cuidado en su estructura, presenta rupturas. Por un lado nos encontramos con el Estado quien en su carácter de regulador de normas, y programas en torno a los cuidados tiene un papel insuficiente -la demanda de cuidados crece, pero las respuestas no resultan ser del todo innovadoras-. Esto se ve reflejado por ejemplo, en la ausencia de creación de espacios de cuidados públicos con los que las personas cuenten sin importar su situación económica. Esta falta de espacios dificulta las internaciones, o el tránsito de las mujeres por la institución de salud:

Hay muchas situaciones muy diversas dependiendo los cuidados que requiera. En

gineco lo que más sale es eso⁸. En gineco se ven muchas mujeres jóvenes con cuestiones oncológicas entonces de repente no van a poder trabajar por un tiempo, de repente los cuidados que le brindan a sus chiquitos se dificultan, empiezan quimio, rayos y es un proceso largo, en el que se ven deteriorados sus cuerpos, su salud, el cansancio. Aca en el hospital por ejemplo no hay lugares para las niñeces entonces muchas veces las mismas mujeres vienen a hacerse la quimio, con el hermanito mas grande que le cuida el bebe, quizás si hubieran más guarderías públicas(...) (Entrevistada 3)

Esta respuesta deja en claro por un lado que las tareas de cuidados son indispensables para la sostenibilidad de la vida, pero que a su vez las mismas dificultan la vida cotidiana de quienes ejercen estas tareas, y que en este caso resultan ser mujeres que transitan el área de oncología. Estas mujeres necesitan cuidados complejos, ya que son sometidas a distintos procedimientos como quimioterapia y rayos; en donde se ve afectada su energía física y mental, sumando el estrés ante la preocupación por el cuidado de sus hijos.

Dos de las cuatro colegas entrevistadas comentan que existen espacios de cuidado para quienes trabajan en el hospital, pero no así para quienes lo transitan por cuestiones de salud. Y esto me recuerda al proyecto de intervención que realice en el año 2022 en la materia de “Supervisión de las Intervenciones Sociales” en el que ya anticipaba la dificultad que supone la falta de estos espacios de la siguiente manera:

Me preocupa la ausencia de un espacio físico para aquellos que no son de Mar del Plata y deben pasar semanas en el Hospital, en algunos casos yendo y viniendo en colectivos, complicando aún más su vida cotidiana y en otros casos hasta durmiendo en la misma institución (Fragmento extraído del trabajo realizado por mi autoría en el año 2022)

⁸ La entrevistada hace referencia a que las mujeres que se encuentran internadas, quieren irse del hospital porque no saben quién y cómo están cuidando a sus hijos.

En este fragmento aparece nuevamente la preocupación por la falta de espacios, pero en este caso se refiere a aquellos cuidadores que no son de Mar del Plata⁹ y que se encuentran al cuidado de otros. ¿Qué sucede en estos casos con la vida cotidiana de esta persona que ejerce los cuidados?

Muchas veces a raíz de estas falencias, aparece la mercantilización de los cuidados y es en este momento donde aparece otro de los actores, el “mercado”. Por un lado nos vamos a encontrar con empresas que contratan a mujeres para que cuiden de otros; de esta manera aquellos que tienen una mejor situación económica, o que con esfuerzo pueden hacerlo, contratan estos servicios, asegurándose los cuidados. Por otro lado nos encontramos con quienes le piden a amigas, vecinas, conocidas que se ocupen en la medida que precisen de este trabajo de manera informal, apareciendo así otro actor del diamante “la comunidad” e incluso “la familia”. En el último tiempo es muy común ver en redes sociales, a mujeres que no tienen un trabajo asalariado, ofrecerse por poco dinero a acompañar a otros (por lo general también mujeres) a realizar trámites, asistir a consultas médicas, entre otras.

Lo cierto es que estos trabajos no son visibilizados como tal, de hecho son vistos como una mercancía, y no como una responsabilidad social, ni mucho menos como un derecho. Estas mujeres contratadas para cuidar, ya sea de manera formal o informal, suelen recibir malos pagos y trabajar en condiciones precarias. Por otro lado nos encontramos con el mercado, en clave de su importancia en el régimen de bienestar, y en la orientación y efectiva puesta en práctica de las políticas de protección social (Batthyány; Genta; Perrotta, 2015). Esto quiere decir que el mercado tiene la posibilidad de llevar a la práctica aquellas políticas que se han conquistado en el último tiempo como: la creación de espacios de cuidados, o la creación de espacios para amamantar, entre otros, considerando de esta manera la idea de romper con el supuesto “trabajador ideal” que se dedica exclusivamente a su trabajo de dependencia.

⁹ Como veremos más adelante el HIGA, es uno de los centros de atención de mayor complejidad de toda la Región Sanitaria VIII con una gran demanda y atención de otras ciudades vecinas o derivaciones.

A diferencia de lo que supone lo dicho anteriormente, las condiciones del mercado laboral actual resultan discriminatorias, desiguales, y precarizadas para las mujeres. A su vez no están preparadas para responder a los tipos de familias existentes, ya que esperan un empleade que solo se dedique a su empleo a tiempo completo. Es habitual entonces, escuchar en varias empresas, que las mujeres que tienen hijos no son tenidas en cuenta a la hora de tomar puestos vacantes, ya que se infiere que son las encargadas del cuidado, y por lo tanto deben llevar a sus hijos al médico, responder ante una urgencia, amamantar; siendo para el mercado un problema, al igual que aquellas mujeres que son despedidas por quedar embarazadas. Las ideas expuestas anteriormente, tienen concordancia con lo expuesto por Perez Orozco (2006) quien comprende que

Los mercados, las empresas privadas, son otro agente social que no está asumiendo responsabilidades en el cuidado de la vida, aunque sí están incrementando su protagonismo en el ámbito de los cuidados. (...) Los mercados han encontrado en esta dimensión una nueva área de obtención de beneficios, proceso que está inextricablemente conectado con la feminización del trabajo, tanto en lo concerniente al contenido del trabajo como a sus condiciones (...)

(p.23)

Podemos decir entonces, que cuando el Estado no acompaña una demanda tan grande como lo son los cuidados, aparecen las oportunidades para las empresas privadas. Lo cierto es que para algunos grupos sociales estos costos resultan inalcanzables, por lo tanto no derivan en una solución viable, dando lugar de esta forma a los últimos dos actores: las organizaciones sociales y la familia.

Las organizaciones sociales en su gran mayoría estan compuestas por redes de mujeres que ante las condiciones de aumento de pobreza existentes en la Argentina, e individualismo, construyen espacios donde se ofrece la comida diaria (como meriendas, almuerzos, viandas) y hasta espacios de cuidados de niñeces para que otras madres

puedan asistir a sus trabajos asalariados. Según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT, 2021) el 9.3% de las mujeres dedican su tiempo en trabajos de apoyo a otros hogares, y actividades de voluntariado, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es de 6.1%.

Por otro lado, todos los agentes se terminan resumiendo en uno nombrado anteriormente: la familia. Esta aparece como principal responsable de los trabajos de cuidado, achicando aún más a la figura de las mujeres de la misma.

Federici (2018) afirma que la familia es la institucionalización de nuestro trabajo no remunerado y donde a su vez nace la división desigual de poder que ha disciplinado nuestras vidas y la de los hombres, así es que el término “mujer” se convirtió en sinónimo de ama de casa, otorgándonos una condición socialmente impuesta de habilidades domésticas que se nos otorgan al nacer como algo “natural”. Aquello que muchos suponen que es algo biológico e innato, no es más que una construcción social, marcada por el patriarcado y el colonialismo, y que pretende ser una forma de ordenarnos a las mujeres en cómo debemos actuar, y qué debemos sentir, llegando incluso a culpabilizar a quienes no llegamos a sentir ese instinto maternal.

Esto queda demostrado en distintos estudios realizados por el INDEC, entre octubre y diciembre de 2021 bajo la metodología de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), y a través del trabajo de la Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares y la Dirección de Estadísticas Sectoriales, junto a las direcciones provinciales de estadística (DPE) de todo el país. En estos análisis se evidencian las diferencias entre hombres y mujeres en la participación de los trabajos no remunerados, siendo el 91.7% de las mujeres quienes realizan este tipo de trabajos, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es del 75.1%; marcando una diferencia horaria de 2:51 horas más de trabajo no remunerado para las mujeres, e impactando directamente en la participación en el mercado laboral de las mismas, pero también en el uso del tiempo libre y personal.

Batthyány; Genta; Perrotta (2015) comprenden a la división sexual del trabajo como un contrato sexual (establecido por la sociedad) en el que se entiende al hombre como proveedor y productor de bienes y a la mujer como ama de casa, encargada de la reproducción y del cuidado. De esta forma, se ha dado una organización social que reproduce roles y estereotipos de género sobre quién y de qué manera se deben realizar los cuidados.

Economía para sostener la vida. La deuda es con nosotras

“El cuidado proporcionado por las madres y otras mujeres de la familia

puede ser un “trabajo de amor”,

pero nunca es solamente eso:

involucra trabajo duro y responsabilidad;

involucra tiempo, energía, dinero y perder oportunidades alternativas” (Faur y Jelin, 2013, p.114)

Como he mencionado, la subordinación económica de las mujeres tiene su principal origen en la injusta organización social del cuidado. Lo cierto es que los cuidados suponen acciones indispensables para garantizar necesidades básicas e imprescindibles para la reproducción cotidiana propia, y de otras (Zibecchi, 2014). Es decir que el trabajo considerado productivo y remunerado no podría existir, ni funcionar, sin la presencia del trabajo reproductivo. Tal es así que como afirma Federici (2018)

(...) mientras que la producción ha sido reestructurada mediante un salto tecnológico en las áreas claves de la economía mundial, no se ha producido ningún avance tecnológico en la esfera del trabajo doméstico que reduzca significativamente el trabajo socialmente necesario para la reproducción de la fuerza de trabajo, pese al masivo incremento de mujeres empleadas fuera del hogar (p.174).

En síntesis confirma que aunque hemos avanzado tecnológicamente en muchos sentidos, el trabajo no remunerado realizado por las mujeres, sigue siendo fundamental para el sostenimiento de la vida, o viéndolo desde los ojos del capitalismo para la reproducción de la fuerza de trabajo. En el caso del campo de la salud por ejemplo, podemos notar que la mayoría de los usuarios son dados de alta rápidamente luego de una intervención, de modo que aquellos cuidados que se dan dentro de la institución, pasan a ser responsabilidad de quien se ocupe de los mismos dentro del hogar, favoreciendo situaciones de desigualdad de género.

La desigualdad en el cuidado es amplia y se expresa en distintas dimensiones. Una de las principales como vimos anteriormente es el uso del tiempo, siendo el principal elemento constituyente de la organización social del cuidado. Ante la insuficiencia, inaccesibilidad e inadecuación de los servicios de cuidado, los hogares resuelven buena parte de sus responsabilidades de cuidado a través de su propio tiempo de trabajo no remunerado (Rodríguez Enriquez, 2019), generando jornadas laborales interminables. En esta línea, Dora Barrancos (2011) aporta que las mujeres enfrentamos una doble insaciabilidad del tiempo, por un lado en la vida doméstica, y por otro en la vida pública.

Por estas razones dentro del movimiento feminista surge la “economía feminista”; una corriente de pensamiento económico que va a criticar el recorte que han realizado los gobiernos, para definir qué es economía, qué es trabajo, qué es considerado productivo (o que tiene valor de mercado) y a su vez va a plantear que la invisibilización del trabajo del cuidado es un eje central para el sostenimiento del sistema capitalista y extractivista, comprendiendo que es la misma economía quien se ha ocupado de invisibilizar el trabajo del cuidado desde que se conformó como ciencia aumentando las condiciones de desigualdades sociales y económicas entre mujeres y varones, y promoviendo la feminización de la pobreza (Cirimi Obon, 2023).

Siguiendo esta línea es interesante pensar por qué si la lucha feminista tiene un largo recorrido histórico, pensar una economía feminista resulta tan complicado de conseguir. Carrasco, Cristina (2006) nos va a decir que la economía neoclásica considera únicamente a la economía de mercado, lo que la hace poco abarcativa y excluyente, por ejemplo al no considerar en su análisis, lo necesario para la sostenibilidad de la vida, es decir el trabajo realizado por la mayoría de las mujeres en torno a los cuidados. Corina Rodríguez Enriquez (2015) comprende que la economía feminista es una corriente que interpela la necesidad de incorporar las relaciones de género que resultan relevantes para entender el funcionamiento de la economía, y de las diferentes posiciones de los varones y las mujeres como agentes económicos y sujetos de las políticas económicas. Implica entonces romper con una economía de sesgo androcéntrico.

Así como no fue suficiente la inclusión de las mujeres al espacio público, en el que el hombre realizaba trabajos remunerados (ya que el trabajo de cuidado, realizado al interior del hogar, es aún una actividad no remunerada, ni reconocida como trabajo para las figuras feminizadas), pensar la economía desde una perspectiva feminista, implica no sólo reconocer la importancia que tienen las actividades de las mujeres en el hogar, como algunos economistas sostienen, sino también darle un valor económico, que permita empezar a saldar la amplia deuda económica que tiene la sociedad para con nosotras, las mujeres.

El análisis sobre el cuidado entonces es concebido como un esfuerzo que busca visibilizar, y dar cuenta de la contribución de las mujeres a una economía alternativa que no sólo mide el trabajo remunerado, sino también el no remunerado.

En síntesis, la desigual distribución de responsabilidades de cuidado al interior de los hogares sostiene la brecha de participación económica entre varones y mujeres. Esto es central para explicar las dificultades de autonomía económica de las mujeres, que se

encuentra en la base de su subordinación económica (Rodríguez Enriquez y Marzonetto, 2015).

De esta manera, se configuran dos escenarios en los que las mujeres somos sistemáticamente invisibilizadas: por un lado, quienes participan en el mercado de trabajo remunerado enfrentan obstáculos en la disputa de poder, expresados en fenómenos como la segregación horizontal y vertical, la discriminación salarial, el acoso y la violencia laboral (Pautassi, 2018). Por otro lado, aquellas mujeres que dedican sus días a cuidar dentro del ámbito no remunerado, también son objeto de juicios y desvalorizaciones, a pesar del rol fundamental que cumplen en la sostenibilidad de la vida. A su vez no solo se espera que las mujeres cuiden, si no también que los cuidados sean de calidad. La pregunta sería ¿qué significa cuidar bien? A menudo en las redes se pueden ver comentarios constantes que acusan a mujeres de ser madres negligentes, de no cuidar a sus hijos, también se las “manda” a hacer actividades del hogar cuando su respuesta no les parece correcta, e incluso se analiza que hacen con las prestaciones monetarias que brinda el Estado o mismo con la cuota alimentaria.

La realidad es que muchas mujeres se encuentran lejos de percibirse como sujetas de derechos en este tema, y en varias entrevistas de ha podido notar esta problemática: *“a veces, digamos está tan naturalizado socialmente (la feminización de los cuidados), que cuando vos lo planteas surge la voluntad de ellas mismas, está instalado, en especial las madres, esa maternidad” (Entrevistada 4).*

Este fragmento deja a la vista, que las construcciones sociales en torno al deber hacer de las mujeres, se encuentra instalado en nosotras desde el comienzo de nuestras vidas, negandonos de esta forma el derecho de poder decidir si queremos o no cuidar, y sometandonos bajo la obligación de tener que hacerlo por la creencia de que cuidar resulta ser sinónimo de materner y feminidad. Otra de las entrevistadas hace referencia al rol propiamente asumido:

Muchas veces la misma persona, la pareja o ex pareja asume sola ese rol. A veces nos preguntamos que hace aca, tienen historias atravesadas por violencia, o situaciones que no estuvieron buenas, y sin embargo al momento de la enfermedad y el cuidado en ese proceso esa persona esta aca 24/7. Muchas veces tiene que ver con eso, con un rol que asumen por sí mismas, no porque nadie se lo haya solicitado, es como una obligación inculcada (Entrevistada 2).

En este segundo fragmento en el que también se adhiere a la idea de cuidar como “obligación inculcada”, se deja a entrever las situaciones de violencia que comprenden a su vez las desigualdades de género y es aquí donde afirmó (como diré muchas veces a lo largo de este escrito) que no poder decidir si queremos o no cuidar de alguien, comprende una vulneración de derechos y una violencia sobre nosotras, las mujeres, siendo en casos como el mencionado por la colega una situación de doble violencia por razones de género.

Me parece que las mujeres históricamente han asumido ese rol, un rol que no está digamos no se le da la importancia económica que ese rol adquiere, de hecho las propias mujeres tampoco son conscientes de ese rol, entonces muchas veces si pensáramos en términos económicos, me parece que el estado debería asignar un monto económico para estas tareas de cuidado que son invisibilizadas y que permiten que otros miembros de la familia vayan a trabajar por fuera, gracias a las tareas de cuidado que realizan mujeres, tías, hermanas, sobrinas y que de hecho si pensamos en las personas que migran también, migra alguien de la familia y son otras mujeres las que realizan ese cuidado, y las mujeres que migraron siguen enviando dinero a esa familia (Entrevistada 3).

Esta última respuesta trae un debate que se ha dado en los últimos años dentro de los feminismos, y que tiene que ver con la idea de monetizar el trabajo de cuidado que sucede dentro de las familias. El debate gira en torno a si la solución es que el Estado garantice un monto económico para quienes ejercen los cuidados o si ante esta idea caemos en lógicas capitalistas que de igual forma siguen favoreciendo la injusta distribución de las tareas de

cuidados. No es el objetivo de esta tesis poder descifrar cuál sería la forma correcta, o más cercana de lograr la igualdad en estos términos, pero sí es importante destacar que de ser real y posible un ingreso económico de ese tipo, la autonomía económica de las mujeres históricamente hubiera sido distinta.

A modo de cierre

A partir de este debate teórico y práctico, podemos advertir varias conclusiones:

a. La noción de cuidados se posiciona como tema central en la agenda latinoamericana especialmente en el marco de las investigaciones feministas académicas.

b. El concepto “cuidados” resulta ser polisémico, transversal abarcando a todo el ciclo de vida, mutable y se desarrolla tanto en el ámbito privado, como en lo público.

b. Hablamos de cuidados de manera plural, ya que al realizar una mirada territorializada de los mismos podemos entender que cada cuidado es diferente según el contexto que lo caracterice.

c. Los cuidados implican una doble dimensión: física y simbólica (Zibecchi, 2014) por las actividades concretas y el compromiso afectivo y emocional.

d. Los cuidados resultan ser un trabajo no reconocido, en su carácter de sostenedor de la vida y reproductor de la fuerza de trabajo.

e. Las mujeres aparecen como las principales figuras de cuidado, por varios motivos, entre ellos: la doble naturalización. Históricamente las construcciones sociales patriarcales y capitalistas nos han asignado a las mujeres el rol de cuidadoras, asociando esta naturalización con la maternidad, el instinto y la "naturaleza femenina". La educación que recibimos desde que nacemos gira en torno a cuidar de otros, siendo nuestros primeros juegos relacionados con la cocina, la limpieza, el cuidado de bebés, entre otros. Este tipo de educación recibida, y la distribución sexual del trabajo, ha influenciado de tal forma que la naturalización de este trabajo en muchos casos es asumido por nosotras mismas como un

deber hacer, sin ser cuestionado.

f. Los cuidados resultan un aporte económico para la sociedad ya que generan las precondiciones para el ingreso al mercado laboral.

g. Es importante ir mas alla de la economía neoclasica, buscando que el analisis de la economía contenga una perspectiva feminista, para comenzar de esta forma a saldar la deuda para con las mujeres. Como afirma Perez Orozco (2006)

La economía no es reductible a los mercados, sino que economía es mantener la vida, sea o no a través de las esferas monetizadas –es decir, lo mercantil forma parte del análisis de manera secundaria y no como eje central del mismo. En segundo lugar, que el género funciona como elemento organizador del sistema económico, por tanto, es necesario atender a las relaciones de género para poder comprender la estructura socioeconómica (p.9)

h. En la medida en que los cuidados sigan reproduciendo una brecha económica entre hombres, mujeres, y disidencias generando dificultades en la autonomía económica de estos últimos dos, nos encontramos ante una violencia económica y vulneración de derechos.

i. Es necesario confeccionar instrumentos de relevamiento de información que comprendan a todas las personas, ya que en la mayoría de estos se habla de manera binaria, invisibilizando la realidad de las disidencias, quienes también realizan tareas de cuidado.

j. El diamante de los cuidados en su carácter de arquitectura de los actores que proveen cuidados de manera relacionada, comprende distintas falencias que conducen en todos los sentidos a la feminización de los cuidados. Ni el mercado, ni el Estado asumen responsabilidad sobre los cuidados; ya que el primer actor lo ve como mercancía, y el segundo carece de oferta de políticas sociales que comprendan la amplia demanda existente en Argentina en torno a los cuidados. Ante estas falencias y al quedar a cargo de

las familias la organización de los cuidados, los cuatro actores se resumen a la figura de las mujeres.

k. En tiempos donde prima la idea de la individualización, por sobre lo colectivo, es indispensable pensar alternativas que lleven a pensar en la “interdependencia social”, y de manera consiguiente a una justa distribución de las tareas de cuidado, que no se base en la “ayuda” si no en la redistribución de las tareas.



Capítulo 3

Dar batalla.

El campo de la salud en Trabajo Social.



¿POR QUÉ ES
NATURAL QUE SEA
YO LA QUE LO
HAGA?

Presentación: El presente capítulo tiene el objetivo en primera instancia de realizar una caracterización de la institución en la que se da la investigación, ya que resulta importante comprender en donde se realiza el análisis y cuáles son las características que lo comprenden, para poder entender en mayor profundidad la misma. En este caso hacer una investigación en una institución de salud, implica tener en cuenta que las entrevistas probablemente se encuentren interrumpidas en varias ocasiones por la alta demanda de atención que supone el HIGA. En una segunda instancia a través de la teoría, los resultados de las entrevistas y algunas notas de campo, se dará visibilidad a los distintos campos de batalla que coexisten, entre ellos el modelo médico hegemónico, la interdisciplina y las capacitaciones profesionales, en el campo de la salud.

Sobre el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende” (HIGA)

La investigación que aquí acontece tiene su origen en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende” (HIGA), ubicado en Av. Juan B. Justo 6701, en la ciudad de Mar del Plata. Este Hospital es el más grande de la ciudad atendiendo a personas desde los 16 años de edad, no solo a través de la atención de urgencias, sino también con la atención de patologías crónicas. El mismo resulta ser el centro de atención de mayor complejidad de toda la Región Sanitaria VIII con una demanda continua y creciente año a año, de Mar del Plata y sus alrededores.

Este hospital es el Referente Regional de la red prestacional provincial y local en el segundo nivel de atención de: Trauma, Salud Mental, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Cardíaca, Oncohematología, Retinopatía Diabética, Unidad Raquimedular, Cardio Oncología, Unidad de Mastología y Consultorio de Diversidad con perspectiva de género, garantizando el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Funciona también como Hospital Donante referente de la Región Sanitaria VIII y Unidad Centinela de vigilancia epidemiológica, Unidad de Tercera Edad y Derechos Humanos, en coordinación con programas provinciales y nacionales.

A su vez también cuenta con las Unidades de Pronta Atención (UPA) 8 y 13, El Hospital Modular y el Centro Modular Sanitario. Este hospital es conocido como “Hospital Escuela”, ya que cuenta con una amplia presencia de estudiantes avanzadas y residencias de distintas profesiones, con formaciones de pregrado y postgrado, escuela de enfermería, e investigación.

Según el decreto **4790/1972** entendemos que el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr Oscar Alende”, tiene las siguientes características:

1. Hospital **General**: ya que se encuentra en condiciones de recibir personas con riesgo de sufrir diversos tipos de patología.
2. De **Agudos**: porque está destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve.
3. **Interzonal**: por su espacio o capacidad de más de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasa al de una zona o región sanitaria, pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia provincial.

Este Hospital a su vez se encuentra dentro de uno de los tres modelos de Sistemas de Salud existentes que son: los sistemas nacionales de salud (SNS), la seguridad social y el sistema privado. Marin (2021) va a definir a cada uno entendiendo al primero como un sistema público y universal financiado por impuestos, e incorporado en el presupuesto nacional y de cada una de las provincias. Los usuarios de este tipo de SNS son aquellos que no pueden pagar por un servicio privado, y mayormente pertenecen a aquellos grupos sociales que no cuentan con un trabajo, o tienen un trabajo no registrado.

Luego tenemos la Seguridad Social, un subsector compuesto esencialmente por los trabajadores y sus familias sostenido por aportes obligatorios que realizan los asalariados, y por contribuciones que realiza su empleador. Y por último, tenemos las coberturas privadas o también llamadas “pre-pagas”, que se encuentran sostenidas por aquellos que eligen su

servicio. Si bien el HIGA corresponde a los Sistemas de Salud Pública, depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El sistema público de salud hace años que se encuentra en una situación compleja, ante la falta de insumos materiales y humanos. Como si esto fuera poco, en este último año se ha puesto en duda a través del gobierno de turno su continuidad, y su importancia, dando un presupuesto muy bajo para su mantención.

Aunque es real que en años anteriores varios usuarios pasaron a pagar pre-pagas económicas que le garanticen un piso mínimo de atención ante el cansancio de encontrarse con un sistema de salud público devastado; en este último tiempo como aseguran las entrevistadas se empieza a notar un aumento de la población en este tipo de hospitales, ya que una gran parte de los usuarios se encuentra en una situación socioeconómica muy compleja, que no le permite hacer uso de un sistema de salud privado.

Lo cierto es que como asegura una de las trabajadoras sociales, muchas políticas públicas y programas de salud han sido recortados, encontrándose dentro de los más afectados aquellos programas que responden a las temáticas de género.

Podemos descifrar entonces que ante una crecida y prolongada demanda de la población, y ante el poco presupuesto otorgado por el gobierno actual, la situación del SNS empieza a complejizarse.

El campo de la salud: debates conceptuales, luchas, y nuevos horizontes.

El campo de la salud resulta ser complejo por la cantidad de demandas que comprende, no solo por la cuestión de la cantidad de patologías que involucra, sino también en torno a los debates internos existentes entre distintas profesiones, sobre la implementación o no de políticas y perspectivas de género, las formas de conceptualizar la "salud", y hasta los reclamos por cuestiones edilicias, son algunas de las demandas que entran en la lucha del campo de la salud.

Podemos comenzar ahondando en una de ellas, que tiene que ver con la conceptualización

de la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1952). Si bien esta definición es muy importante porque rompe con la idea de que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, ha recibido críticas constructivas de distintos autores.

Stolkiner (2003), expone que una de las primeras críticas que considera desde la Medicina Social es que la salud sea vista como un “estado” y no como un proceso en dinámica permanente. En segundo lugar realiza una crítica a la idea de “completo bienestar”, entendiendo que la satisfacción absoluta no existe, y que en muchas ocasiones el malestar es necesario para indicar una enfermedad, pero que en otros casos el bienestar no es indicador de salud, ya que este es subjetivo. Aun así reconoce que esta definición es importante para la época (post guerra), y sobre todo porque incorpora la idea de “físico, mental y social” incentivando a un trabajo interdisciplinario, pero finalizando con la idea de que esta conceptualización no es teórica, sino política. Sumado a esto en La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978 se expresa que la salud (entendida desde la conceptualización de la OMS) es un derecho humano fundamental y para su alcance, es necesaria la acción de varios sectores sociales y económicos más allá del sanitario.

Podemos decir entonces, que se entenderá a la salud como un proceso determinado socialmente (Breilh, 2010) que encuentra en constante cambio (Stolkiner, 2003), que se expresa en una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social; y una dimensión subjetiva, que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva (López Arellano, 2008). A su vez entenderemos a la salud como un derecho humano fundamental, que no responde únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que es un proceso histórico-político que incluye factores sociales, culturales, económicos (entre otros), los cuales determinan a la

salud cómo un proceso en constante dinámica y no cómo un “estado” estático al que debe llegarse.

El Modelo Médico Hegemónico

Otra de las luchas que se dan en el campo de la salud tiene que ver con la prevalencia del modelo de intervención. En los últimos años la biomedicina empieza a tener sus rupturas a causa de las distancias entre los profesionales y los usuarios de las instituciones de salud, dando lugar a medicinas alternativas, que si bien existen desde hace muchísimos años, hoy se han fortalecido. De esta manera se produce algo conocido como “pluralismo médico” (Menendez, 2003) y que tiene que ver con la combinación de varias formas de atención para resolver un problema o varios de salud, aunque aún así el modelo que prevalece es el de la biomedicina. Esta última tiene como primer rasgo estructural el biologicismo. Menendez quien es el referente principal de la conceptualización del Modelo Médico Hegemónico (MMH) comprende que él mismo responde a las siguientes características:

(...) biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menendez, 2003, p.194).

Este modelo reduce la enfermedad a signos y diagnósticos contruidos casi exclusivamente a través de indicadores biológicos, excluyendo las condiciones sociales y económicas (en las explicaciones y causalidades de las enfermedades), orientando de esta forma a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud (Menendez, 2005).

Ante las primeras crisis de este modelo surge la Medicina Social o también conocida como Salud Colectiva; una corriente que sostiene una crítica cultural a los paradigmas hegemónicos, y que en su sentido inicial refería a la relación entre la enfermedad y los

“problemas sociales”, y la responsabilidad del Estado en relación a ello, generando propuestas que reviertan el proceso de mercantilización de la salud y la profundización de la inequidad (Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. 2012).

El modelo de atención centrado en niveles de cuidado

Entre las modificaciones más recientes en los modelos de atención en salud se destaca el modelo centrado en los niveles de cuidado, también conocido como modelo de gestión por cuidados progresivos (Díaz, 2020-2021; Schiavone, Mazza y Cordero, 2011). Este enfoque tiene como objetivo principal organizar la atención a partir de las necesidades de las personas usuarias (Organización Panamericana de la Salud, 1973). Como se evidenció en el capítulo dos a través de fragmentos de entrevistas, cada área de salud demanda cuidados diferenciados según su nivel de complejidad; como es por ejemplo, el área de nefrología:

A la hora de los cuidados, pensamos en una función rotante, porque justamente hablamos de enfermedades crónicas y a largo plazo, hablamos 7, 8, 9 años, así que la función de cuidados para nosotros tiene que ser lo más ampliada posible, al lugar de referencia de ese usuario. En este área específica es muy demandante acompañar la internación, estar informado de todas las cuestiones; porque esto requiere muchos cambios de hábitos, alimentarios, hídricos, de cuidado de fístula, (bueno más todo el impacto emocional que tiene en la persona directamente) así que los cuidados requieren hacerse cargo del paciente, acompañarlo en la diálisis, hablar con la médica, con la nutricionista, con la trabajadora social, hablar con la psicóloga, estar atento a las llamadas nuestras, si se descompensa tiene que venir, acompañar la internación, la guardia, estar gestionando certificados de discapacidad, pasajes, pensión, porque esa persona el usuario mismo en el primer momento, está bastante limitado, entonces generalmente es el cuidador el que está a cargo de todo esto. Las internaciones son largas, y además agregamos a esto todos los viajes a La Plata a la evaluación de trasplante que son por lo menos 15 viajes, y tiene que ir con el acompañante (Entrevistada 4).

Esta respuesta comprende un análisis amplio, ya que en primer lugar la misma refiere a patologías que requieren de cuidados que pueden ser prolongados, y durar hasta nueve años. Esta colega trabaja en el área de nefrología, una especialidad que se dedica al diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías renales, y donde se realizan trasplantes y diálisis, de manera continua. Observando la amplia cantidad de tareas de cuidados expuestas en este fragmento, podemos inferir que la Trabajadora Social al aclarar que el círculo de referentes o la red que acompaña al usuario debe ser lo más amplia posible, y solicitando contar con la opción de tener una función rotante entre los cuidadores; comprende que ante la probabilidad de caer toda esta responsabilidad sobre una sola persona (que como venimos notando siempre son mujeres), puede ocasionar una segunda intervención hospitalaria, a causa del desgaste físico y mental del referente de cuidado, vinculado a la idea del estrés del mismo. Pero a su vez, a mi parecer, comprendo que ante una situación de este tipo, estamos frente a una vulneración de derechos para quien se encarga de los cuidados. La trabajadora social hace referencia a la preocupación que le genera la ausencia de rotación entre la red:

Una de las cuestiones que nos preocupan es justamente esto que no hay rotación de los cuidadores, y lo que se ve son las mujeres, madres, esposas, hijas (...) cuando vemos de 36 pacientes que es un número importante, empezamos a ver quienes son sus referentes/cuidador y tenemos que el 90% son mujeres, mujeres que se enferman, por el estrés, y la demanda (Entrevistada 4).

Es importante aclarar que las redes de apoyo resultan fundamentales, en todo proceso de intervención, ya sea durante la internación, externación o recuperación, pero en áreas como nefrología, la red cumple un papel fundamental al realizar una especie de articulación entre todas las profesionales y especialidades que trabajan interdisciplinariamente para poder resolver todas las necesidades que cada usuario presenta, y a su vez incluyendo toda la amplia cantidad de tareas de cuidado y acompañamiento que requiere, como son las físicas, emocionales, de contención, de traslado, de administración, de tiempo y hasta

incluso de estar en constante estado de alerta, por cualquier inconveniente que pueda darse. Este tipo de internaciones genera disrupciones en toda la dinámica familiar, y sobre todo en la cotidianidad de quien ejerce las tareas de cuidado, y del usuaria que al encontrarse con una patología crónica, comprende un gran cambio en su vida.

Podemos decir entonces, que partiendo de la idea de que todos necesitamos cuidados a lo largo de nuestro ciclo vital, en este área en particular aparece el concepto de “cronicidad”, el cual comprende un gran debate al interior del campo de la salud. Las patologías crónicas, según un escrito elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España (2012) son aquellas de

larga duración y generalmente de progresión lenta, además conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad (p.9).

El debate al interior del campo de salud, proviene de cómo puede resolver el Sistema de Salud el seguimiento de las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidados que se realizan son discontinuos. Lo cierto es que el sistema tradicional de salud empieza a tener sus fallas al notar que, en algunos casos, las usuarias que ya han sido externadas vuelven a ingresar a la institución. Me ha tocado ver en el área de terapia intensiva por ejemplo, usuarias con cuidados de cierta complejidad que luego de estar uno o dos meses en su casa vuelven a ingresar de manera urgente. Los debates internos sobre cuál puede ser el motivo del reingreso, en general, se han basado en cuestiones vinculadas a de qué manera han colocado la jeringa en el hogar, cómo limpian la herida, o que alimentos consume, pero no mucho más allá de eso.

Vinculado a estas problemáticas Nicolás Kreplak, Ministro de Salud de la Provincia Buenos Aires, propuso en el año 2023 el “Plan Quinquenal” (2023-2027), en el que se tiene como uno de los objetivos dar respuestas a estas complejidades, a través de un modelo de

atención centrado en los cuidados progresivos y las necesidades de las personas y sus familias. De esta manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a los Cuidados Progresivos como una organización de los servicios según las necesidades de atención del usuario, de tal forma que el mismo reciba cuidados en el grado que los requiera, en el momento oportuno, en el sitio o área del hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre. Por lo tanto a través de una organización por necesidades de cuidado (cuidados progresivos) en la que se tengan en cuenta a su vez las necesidades de la red, y una red de profesionales que se base en la continuidad de los cuidados, es decir en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios, se podrá lograr una mayor eficacia en las trayectorias de los mismos.

Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Para poder comprender por qué se ha sumado la idea de “cuidados” en el modo de referirse al objeto de la Salud Colectiva, es fundamental comprender qué entendemos por “proceso de salud-enfermedad-atención”. Menéndez (2003) refiere que la construcción del binarismo salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad” (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007, p. 272). De esta manera, la inclusión del término “atención” hace alusión a la comprensión de la forma en que cada sujeto construye la atención de su salud y de sus enfermedades, como mencionaba anteriormente el “pluralismo médico”. Los condicionantes que se tomarán en cuenta a la hora de elegir de qué manera atender el proceso de salud-enfermedad estarán involucrados en base a elecciones subjetivas del sujeto y en relación con su contexto socio-histórico inmediato.

Por otro lado según los autores Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S (2014) el uso del término cuidado, en el proceso de salud-enfermedad-atención tiene distintas dimensiones.

La primera hace referencia al cuidado como dimensión *vincular/afectiva*, es decir que más allá de las tareas que deba realizar el profesional, debe tener un vínculo emocional con los usuarios. En este caso se hace una distinción entre tecnologías duras y blandas y se adhiere a que lo ideal sería que el profesional pueda combinar varias, entendiendo que las tecnologías blandas producen relaciones entre los sujetos, basando la atención (en este caso en el campo de la salud) desde la esencia del cuidado que debe estar presente en todos los profesionales de la institución, comprendiendo acciones como escucha activa, respeto, trabajo interdisciplinario, entre otras.

La segunda hace referencia al cuidado como *práctica no formal en la salud*, y envuelve a todas las acciones que haga la misma persona para su “autocuidado” o mismo aquellas que realice otra persona “cuidador/a”, para el cuidado de otro. Desde la Medicina Social se plantea un temor en este caso a que se responsabilice a los individuos y familias por cuidar o descuidar, individualizando y privatizando dicha función, desligándola de sus dimensiones históricas, políticas, económicas, y de construcción colectiva y eximiendo a los Estados en su responsabilidad por el cuidado de las personas (Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S; 2014, s/p).

En tercer lugar aparece el cuidado como *atención integral de la salud*, este hace referencia a una atención más amplia e integral, haciendo hincapié en la diferencia entre el término cuidado y atención, ya que el cuidado implica integridad, relaciones horizontales simétricas y participativas e interseccionalidad, siendo contrario a lo que suele entenderse por el otro término, que aun así predomina en la atención médico hegemónica.

Y por último, nos encontramos con el cuidado como el *eje que orienta atención, centrándose en los usuarios*, en este cuarto uso del término los autores consideran que guarda estrecha relación con el primer uso “vincular/afectivo” pero en este caso tomando en

cuenta lo vincular como eje central para la organización de los sistemas y servicios de salud.

Por último nos encontramos con el uso del término *cuidado como sinónimo de atención*, al cual los autores no otorgan demasiada relevancia, pero sí advierten en cómo algunos conceptos pueden vaciarse de sentido cuando pretenden ser novedosos o críticos, pero su uso se extiende independientemente de las concepciones que los fundamentan (Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S; 2014).

Otra ring de pelea: la formación en perspectiva de género

En los últimos años, los movimientos feministas y LGBTQ+ (entre otros) han conseguido que algunas de las demandas culturales sean escuchadas, viendo a las mismas reflejarse en la implementación de nuevas leyes que puso en movimiento a varias estructuras, y entre ellas al Modelo Médico Hegemónico. La formación en perspectiva de género, el trabajo de manera interdisciplinaria, las ley de Identidad de Género o de Interrupción Voluntaria del Embarazo, fueron algunas de las últimas incorporaciones.

En las entrevistas realizadas cuando se les ha consultado a las Trabajadoras Sociales por las capacitaciones recibidas en torno a estas nuevas configuraciones, entendiendo que son fundamentales para buscar la igualdad en la distribución de cuidados, suceden dos situaciones: en primer lugar se deja claro que la formación en cuestiones de género, diversidad, enfoque de derechos es completamente una decisión voluntaria y por otro lado que la mayoría de las otras profesiones (específicamente la medicina) no se interesa en adquirir información sobre las nuevas leyes. De esta manera la primer entrevistada sostiene

se hacen algunas capacitaciones, en torno a violencia de género. En general son capacitaciones voluntarias; por nuestra profesión es algo en lo que participamos, no es obligatorio y hay profesiones que no participan, no le ven el para qué o el por qué, pero para mi sobre todo cuando estamos en los pisos de internación que vos tenés que planificar una

externación que va a requerir cuidados, acompañamientos, sacar turnos, y tener toda esa mirada (hace referencia a tener perspectiva de género) y no recargar tanto a uno, se escuchan cosas como: no viene nadie, no lo visitan, la madre dónde está y esos clichés que uno va escuchando, y uno ve cómo cuestionan a la madre. Como que desde la institución algunas profesiones de algunos sectores se sigue esperando esa figura (Entrevistada 1).

Esta afirmación sostiene que las capacitaciones (en su mayoría) son voluntarias, es decir dependen de la decisión de cada profesional; generando distintos debates al interior del campo de la salud que tienen que ver por un lado con respecto a qué atención se está brindando a les usuaries de la institución, y por otro relacionado al cumplimiento como trabajadores del Estado en cuanto a la formación constante que comprenden las demandas de la sociedad. A su vez esta afirmación sostiene que el carácter voluntario de las instancias de capacitación -por ejemplo en temáticas vinculadas a la perspectiva de género- puede derivar, en algunos casos, en la reproducción de discursos que fomenten o no interpelen la feminización de los cuidados. Por otro lado, se hace la siguiente afirmación:

Dentro del hospital puede haber alguna jornada específica en algún momento del año, pero no las capacitaciones casi todas son fuera del hospital. Se puede llegar a generar por alguna situación específica, si me preguntas formación o capacitación NO, fuera del hospital, es más voluntario de uno (Entrevistada 2).

En este caso la entrevistada aclara que existen ateneos, o jornadas específicas sobre algún tema de interés general, pero las capacitaciones en sí suelen ser fuera del hospital, de manera voluntaria y no son consideradas dentro del horario laboral

Las capacitaciones son voluntarias, lo único obligatorio es la Ley Micaela, son voluntarias pero ya te digo me parece que es una cuestión que escapa, es voluntario pero a su vez es necesario, la misma intervención te va llevando. A algunos equipos no les interesa, pero socialmente se fue instalando entonces ahora también surge la demanda (Entrevistada 4).

A través de estos dos relatos podemos notar como ante la falta de capacitación, al ser estas voluntarias, se puede caer fácilmente en una reproducción de discursos patriarcales que fomentan la desigualdad de género. Las demandas sociales empiezan a aparecer y ante la falta de información las respuestas de algunos profesionales, se vuelven insuficientes o directamente vacías.

Esto a su vez permite mostrar como opera la superioridad del MMH, tomando la decisión de qué capacitaciones son necesarias y cuáles no, y hasta relacionando algunas profesiones como aquellas que necesariamente deben formarse en cuestiones de género.

Sin ir más lejos, durante las prácticas de formación profesional supervisadas me he encontrado con situaciones en las que les usuaries se acercan a los trabajadores sociales para solicitar respuestas sobre consultas médicas que no han comprendido, o en otros casos para resolver conflictos que les ha tocado atravesar. Por ejemplo, recuerdo un caso en el que la Ley de Identidad de Género no se había respetado por un médico, ya que decidió no entregarle la medicación a una usuaria que no tenía el cambio de género expresado en el DNI, y el mismo no coincidía con el nombre que figuraba en la receta. Aún luego de varias discusiones, la medicación no fue entregada y la usuaria se acercó para pedir ayuda, ya que no podía interrumpir su medicación. A esto se refieren las trabajadoras sociales cuando dicen “las capacitaciones son voluntarias, pero necesarias”. ¿Qué hubiera pasado si esta persona no podía acceder a su medicación? ¿Qué pasaría si a razón de esta situación terminaba hospitalizada, a quien iban a culpabilizar? En las siguientes dos respuestas se vuelve hablar de la falta de formación, por un lado haciendo referencia explícitamente a la perspectiva de género, “*los equipos de salud, no tienen perspectiva de género, no la tienen incorporada, sobre cuidados tampoco, falta formación en eso*” (Entrevistada 3); pero a su vez la colega nombra otras leyes básicas que no se conocen o a mi entender se eligen olvidar:

Muchos profesionales NO conocen la ley de derechos del paciente, y la de consentimiento informado tampoco, yo creo que eso estaría re bueno que también los

propios usuarios las conozcan, porque muchas veces desconocen, o muchas veces pasa esto por ejemplo en los pisos de internación, que van todos los médicos a hablar y hacen el pase delante de los usuarios y no está bueno que suceda. El de al lado escucha lo que vos tenes, así en voz alta, van un montón de médicos, los derechos del paciente no se cumplen mucho. Los profesionales terminan decidiendo por el otro, en realidad nuestro rol acá es poner toda la información sobre la mesa y que la persona elija (Entrevistada 3).

Resulta llamativo que profesionales de la salud desconozcan leyes de tanta relevancia, porque considero que justamente estas dos leyes son las más relevantes y específicas de cualquier intervención que sucede dentro de las instituciones de salud; pero sin embargo no me termina de sorprender porque he notado como usuaria, pero también como estudiante durante mi estadía, que estos incumplimientos suceden.

Para poder cerrar con este análisis de cómo impacta en las intervenciones de Trabajo Social la insuficiente capacitación constante, me parece interesante sumar estas palabras de una de las trabajadoras entrevistadas: *“el modelo médico se debería replantear varias cuestiones, pero me parece que la de perspectiva de género, debería existir como política sanitaria” (Entrevistada 4).*

A modo de cierre

Podríamos decir entonces que el hecho de agregar el término “cuidados” al proceso de salud-enfermedad-atención resulta ser un debate teórico y ético importante, en el campo de la salud. En primer lugar considero que por las amplias concepciones existentes en torno a qué entendemos por cuidado, y luego de haber visto en el capítulo anterior, sobre la importancia de territorializar la mirada para poder contextualizar al cuidado, según las condiciones en las que se ejerce el mismo, entiendo que lo correcto sería hablar de cuidados y no de cuidado, es por eso que el subtítulo en este capítulo refiere y adelanta que utilizare *proceso de salud - enfermedad - atención -cuidados* con su terminación en plural.

A su vez me parece importante retomar que los autores Michalewicz, A; Pierri, C;

Ardila-Gómez, S (2014) utilizan las palabras de Heller (2001) para entender al cuidado como condición humana fundamental, y este no me parece un detalle menor al haber considerado al mismo en el capítulo 2 de esta investigación, como el responsable del sostenimiento de la vida.

Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S (2014) afirman tras el análisis de varios autores que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de *la empatía, el miramiento y el buen trato* y que además la ética del cuidado comprende al otro como semejante, es decir sujeto de derechos.

Esta mirada es importante cuando prevalece un Modelo Médico Hegemónico que tiene sus bases en el biologicismo, para no olvidar que los usuarios tienen derechos, y que no son cosas u objetos sin voz, ni participación en la toma de decisiones de sus intervenciones.

Esto último aunque parezca lejano (o impensado), lo he podido notar en las prácticas de formación profesional supervisadas de manera recurrente, y para mi asombro en estudiantes avanzadas de las carreras de medicina, o residentes de primer año, sobre todo en lo que refiere a cuestiones de género, por ejemplo en el caso de la decisión de la ligadura de trompas. En relación con ello, en mi cuaderno de campo tengo registrados comentarios que he escuchado durante el proceso de esta formación supervisada en el Hospital, del tipo “ahora quiere revertir, que se piensa que pueda tener hijos cuando ella quiera” u otros que juzgan directamente como maternan las madres, como “para que quiere otro, mira como tiene a estos”.

Estos comentarios (y algunos más fuertes aún) son escuchados con frecuencia en algunas áreas, y tienen su fundamento en el MMH, pero también en el sistema patriarcal en el que vivimos.

Me resulta pertinente aclarar que este capítulo no pretende ser una crítica hacia la medicina, de hecho hay muchos profesionales con los que me ha tocado transitar que

ejercen su profesión desde la perspectiva de género y el enfoque de derechos, e incluso consultan cuando no están seguras de alguna decisión.

Sin ir más lejos hace algunos pocos años (2021) se inauguró el “Consultorio de Buenas Prácticas para la Diversidad” en el HIGA, específicamente en la Unidad de Pronta Atención¹⁰, que cuenta con profesionales de distintas áreas y que resulta un espacio seguro de atención con perspectiva de género y diversidad sexual. Dicho esto, lo que sí pretende este capítulo es poder repensar nuestras prácticas, pensar desde donde estamos interviniendo, con quién, para qué, qué demandas presenta el usuario. Así a través de la interdisciplina y también desde la transdisciplina podemos intervenir e interpelar esta serie de discursos, que terminan siendo prácticas que reproducen estereotipos de géneros, y vulneraciones de derechos sobre todo hacia las mujeres.

¹⁰ de aquí en adelante UPA



Capítulo 4:

Políticas públicas en torno a los cuidados.
De dónde venimos y hacia dónde vamos.



Presentación:

Las leyes cumplen un rol fundamental en la conformación de las normas sociales, siendo que las mismas reconocen o invisibilizan realidades. De esta forma las leyes dan visibilidad a través de su marco legal, al legislar sobre diversos temas: el Estado reconoce su existencia y le da importancia pública; pero también en muchos casos, algunas de ellas desfavorecen o incrementan las desigualdades de género existentes, ya sea por su diseño o por la omisión o prejuicios que las atraviesan.

En este capítulo se retoman algunos acontecimientos importantes de los últimos años que tienen que ver con la problematización acerca de la feminización de los cuidados, también se analiza a partir de las entrevistas realizadas, que políticas existen (o no) en el Sistema de Salud que guardan relación estrecha con el cuidado y a partir de allí se desprenden una serie de propuestas en búsqueda de lograr un Sistema Integral de Cuidados.

Políticas públicas ¿visibilidad o reproducción de status quo?

Las políticas públicas según lo expuesto por la autora Ruth Sosa (2015) son el conjunto de acciones estatales que son resultantes de la tensión existente en los múltiples intereses de sujetos colectivamente organizados, que luchan por la conquista de nuevos derechos y por las cuales las demandas sociales pueden transformarse en tema de agenda del gobierno de turno. El problema principal de las políticas públicas es que en algunos casos no logran desarrollar una transformación cultural en cuanto a las desigualdades de género existentes, sino que van rellenando pequeños agujeros.

En torno a los cuidados no existen en Argentina políticas públicas específicas que refieran a la problemática. Si podemos encontrar muchos proyectos que se han tratado, pero no han llegado a transformarse en una normativa. Aún así existen muchas leyes que por debajo dejan a entrever la importancia que tienen los mismos.

Sobre esto Faur y Jelin (2013) explican que existen diferentes modelos de políticas públicas ligadas al cuidado, entre ellas:

- a) transferencias de recursos monetarios a través de deducciones impositivas, transferencias monetarias directas o créditos impositivos
- b) liberación de tiempo para el cuidado a través de licencias con y sin goce de sueldo
- c) oferta de servicios de cuidado (guarderías, servicios de cuidado a ancianos/as y enfermos/as, domiciliarios o institucionalizados).

Pero estas políticas van a depender del contexto de cada persona usuaria de la misma y del gobierno que ejerza en ese momento el poder estatal. Por ejemplo, la oferta de instituciones de cuidado público resulta ser escasa para la amplia demanda existente, sobre todo en la ciudad de Mar del Plata, donde se ha comprobado que existe una alta población de adultes mayores, ya que la misma es elegida por muchos para pasar sus últimos años de vida, pero también porque la esperanza de vida ha ido en aumento. Ante la escasez de servicios, algunas personas optan por un sistema de cuidados privado, o recurren a cuidadoras domiciliarias, que por lo general trabajan de manera informal, o precarizadas.

En nuestro país algunas normativas hablan sobre el derecho al cuidado desde una perspectiva integral, por ejemplo son los casos de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En el primer caso en el art 18, inciso b se expresa que: “A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños”.

La CEDAW, en el art 11 dice “Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia, con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vía pública, especialmente

mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños”.

De aquí podemos interpretar dos cuestiones: la primera es que se hace referencia a una red de servicios destinada al cuidado que permita que los integrantes de la familia puedan cumplir con sus obligaciones y participaciones, y en el caso de lo expuesto por la CDN, se deja claro que el Estado debe garantizar todo lo necesario para el desarrollo de la crianza de los niños.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 se hace referencia a los cuidados “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”, asumiendo que solo en estos momentos de la vida se requiere de cuidados especiales.

Ante la pregunta a las entrevistadas sobre el conocimiento de leyes que tengan que ver con los cuidados, informan que no conocen alguna normativa específica sobre el tema, y procede a enumerar algunas leyes que utilizan en sus intervenciones diarias, entre ellas:

1- Ley n°26529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” 2- La Ley n°27499 “Ley Micaela”: que establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación.3- La Ley n°10436 sobre el Régimen de Amparo para la Protección Socioeconómica del afectado de tuberculosis. 4- Ley n°27675 de respuesta integral al VIH, Hepatitis Virales y otras infecciones de transmisión sexual-its y Tuberculosis. 5-Ley n°26928 “Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas”.

De todas las enumeradas la única que tiene una pequeña mención hacia el referente de cuidado es la Ley n°10436, en su artículo 4:

El subsidio se incrementará en un diez (10) por ciento cuando el paciente permanezca internado en un establecimiento hospitalario y hasta un veinticinco (25)

por ciento cuando sea necesario agregar el control de alguna asociación morbosa. Cuando el cuidado o la atención domiciliaria del paciente determine la necesidad del cese laboral de algún conviviente del núcleo familiar, el subsidio se incrementará hasta un cincuenta (50) por ciento durante el tiempo que requiera esa asistencia social.

En este caso se puede observar cómo se utiliza una política de compensación económica en caso de que el cuidado de la persona con Tuberculosis (TBC), determine el cese laboral del cuidador. Pero únicamente en caso que este se quede sin trabajo, sin considerar que el cuidado en sí, es un trabajo no remunerado.

Cuidados en agenda ¿de quien?

Ya he comentado al comenzar esta investigación que la problematización en torno a la feminización de los cuidados no es un tema de pura actualidad, ya que varias feministas han interpelado este tema a partir de la discusión de lo público/privado y lo productivo/reproductivo, en décadas anteriores; pero si bien es cierto que hoy este tema sigue en agenda, la pregunta que me acontece es ¿en la agenda de quien? En el año 2023 por ejemplo, en nuestro país se puso en discusión en la Cámara de Diputados la ampliación de las licencias por ma/paternidad, y para la sorpresa de muchos la presencia de varones en la discusión sobre la ampliación fue muy pequeña (aquellos que presenciaban el espacio de debate eran en algunos casos empresarios preocupados por sus empresas y el impacto de esta ampliación y por otro lado miembros de la campaña Paternar). Entonces me pregunto; ¿por qué los varones no se encuentran preocupados por su escasa presencia en los debates por las leyes que responden a la participación de los mismos en la crianza de sus hijos?

En la actualidad La Ley de Contrato de Trabajo (20.744) tiene un sesgo maternalista ya que refuerza la idea del rol de la mujer como cuidadora, estableciendo para las mismas mayores días de licencia que para los varones, resultando ser una ley que reproduce la desigualdad

entre hombres y mujeres a la hora de cuidar, y generando a su vez una barrera para la inserción/sostenimiento de las mujeres en el mercado laboral.

Otro de los debates que en la actualidad se está dando fuertemente es el de las jubilaciones y las moratorias. En muchas redes sociales como facebook, y twitter se pueden observar discursos de odio, que circulan en contra de las mujeres, poniendo en duda el derecho de las mismas a la jubilación, ya que algunos odiadores consideran que las tareas de cuidado, no son un trabajo.

De manera contraria a estos comentarios, en 2021 a través del decreto 475 se incorpora el reconocimiento de aportes por tareas de cuidado, valorando de esta forma el tiempo dedicado por las mujeres, a la crianza de sus hijos y además agrega varias aclaraciones¹¹ importantes, entre ellas:

-El noventa y cinco por ciento (95%) de las personas titulares de la asignación universal por hijo (AUH) para protección social, son mujeres. La AUH ha generado grandes debates ya que muchos consideran que este tipo de políticas refuerzan la responsabilidad que tienen las mujeres madres en relación al cuidado. Al respecto Mari y Cerro (2022) afirman que si bien el hecho de que las mujeres sean titulares de esta política no hace completamente a su ampliación y emancipación, si posibilita la ocupación de ciertas posiciones que posibilitan la toma de decisiones al interior de las familias, aumentando su bienestar.

-Quien tiene a su cargo el cuidado de niños, le resulta más complejo el acceso al mercado laboral.

-Según los registros de la Seguridad Social, el 74% de las prestaciones que fueron obtenidas por moratoria corresponden a mujeres, dejando en evidencia la necesidad de implementar políticas con perspectiva de género para revertir las brechas en el acceso al derecho a la seguridad social.

¹¹ Estas aclaraciones fueron obtenidas del desarrollo del decreto 475/2021 disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/352106/norma.htm>

-La contracara de que las mujeres enfrenten dificultades para insertarse en el mercado de trabajo registrado tiene una relación directa con la división sexual del trabajo, que asigna roles de género a las diferentes actividades y que históricamente ha delegado a las mujeres el trabajo reproductivo y las tareas indispensables para garantizar el cuidado, bienestar y supervivencia de las personas del hogar, mientras que el trabajo productivo, que se realiza de manera remunerada en el mercado, aparece asociado tradicionalmente a los varones.

-La participación de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado es menor a la de los varones. Además tienen mayores dificultades que estos para acceder a puestos de trabajo registrados, sufren intermitencias en sus trayectorias laborales y perciben menores salarios, siendo uno de los factores explicativos la dificultad de conciliar la vida laboral y la crianza de los hijos y/o las hijas.

-Las tareas de crianza y cuidado demandan una enorme cantidad de horas a quienes las realizan y resultan una condición indispensable para el desarrollo de las sociedades, aunque tradicionalmente han quedado invisibilizadas y han sido asumidas como actividades propias del género femenino.

La lista de fundamentos de la importancia de este decreto parece un resumen de esta investigación, por lo que se puede comprender que la teoría, las causas, y las consecuencias sobre la feminización de los cuidados está bastante clara para el Estado, pero aun así y con el gobierno de turno que nos atraviesa, parece cada vez más lejana la idea de una justa distribución de los cuidados.

Una ley importante a destacar en este apartado es la Ley 27532 sancionada en el año 2019 y que tiene que ver con la implementación de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo en el Sistema Estadístico Nacional, de esta manera se logra exponer la información sobre la participación y el tiempo destinado por las personas a las actividades diarias, desagregado por género y edad.

Según Zibecchi (2014) el Estado es un actor social con capacidad de establecer una nueva forma de organización social del cuidado y así generar mecanismos que puedan desplazar responsabilidades de cuidado que recaen exclusivamente en las familias (y en especial sobre las mujeres de esas familias) a otros ámbitos (p19)

Esta falta de acción por parte del Estado interpela a las trabajadoras sociales en sus intervenciones, y resulta un obstáculo al momento de querer generar estrategias con perspectiva de género:

siempre hay una contradicción en trasladar esos cuidados a las familias y no a hacerse cargo las instituciones del Estado, porque también es un peso para las familias hacerse cargo de algo que por mas que vos tengas una relación amorosa o de cuidados con tus padres, hay cosas que no las sabes hacer, o que no vas a poder hacer. El tema es cuando esos elementos, las políticas sociales no los contemplan. Entonces ¿qué hacemos ahí? Estamos en la contradicción todo el tiempo, a quien le damos esa responsabilidad, eso es algo que se juega muchísimo, yo siempre pienso entre lo ideal y lo que puedo sostener (Entrevistada 3).

La falta de responsabilidad del Estado en relación a crear políticas sociales en torno a la justa distribución de los cuidados, hace que aunque las trabajadoras sociales busquen estrategias discursivas (al implementar términos como “redes” para evitar el uso de la palabra “familia”) o de ampliación de red, los cuidados se terminan resumiendo en las posibilidades que tenga cada familia de resolverlo según su situación económica. A su vez la misma entrevistada hace referencia a la falta de políticas que vayan más allá de la enfermedad

Debería haber políticas que no solo atiendan a la enfermedad, como el evento más agudo, sino también a las redes. Es tan simple como que una mujer pueda tener una guardería en su barrio y saber que puede hacer tranquila su quimio, o venir al hospital y saber que hay una red armada para sus hijos. Da mucha tranquilidad, o mismo para ir a

laburar, tan simple como para ir a laburar, porque si no quedan recluidas al cuidado de sus hijos, a su casa (Entrevistada 3).

Cuando pensamos en políticas que no solo atiendan las enfermedades, pensamos en políticas atravesadas por el modelo de atención de salud integral, y de cuidados continuos que como bien nombramos en el capítulo dos, hace referencia en el Plan Quinquenal propuesto por Nicolas Kreplac durante el año 2023, de esta forma si pensamos al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados de manera integral, y comprendemos la complejidad que atraviesan las redes podemos prevenir reingresos de les usuaries a las instituciones de salud, y a su vez nuevos usuaries.

Otro de los debates que surge de las entrevistas, es la falta de espacios de cuidados públicos. Tres de las cuatro entrevistadas, son madres y comentan que dentro del hospital tienen espacios de guardería para les trabajadores, pero traen como una problemática en común que les usuaries no cuentan con un espacio donde dejar a sus hijes mientras son atendides. Esta problemática se agudiza aún más considerando que esta institución comprende la atención de personas que viven en Mar del Plata, pero también de los alrededores, por lo tanto no contar con espacios donde alojar a las redes de quienes permanecen internades, agudiza la situación.

Una novedad en cuanto a políticas en torno a los cuidados tiene que ver con la creación del Programa de Acompañantes Hospitalarios de Niñeces y Adolescencias, en el año 2023, el cual se implementa en el HIEMI, pero no así en el HIGA. Este programa es una política pública que busca garantizar el bienestar y la atención integral de niños y adolescentes durante su internación, cuando no cuentan con la presencia de una red de manera temporal o permanente.

Capítulo 5:

Feminización de los cuidados: discursos y construcciones sociales.



Presentación:

El presente capítulo quizás sea uno de los más extensos de esta investigación, ya que pretende en primer lugar recuperar la noción de discursos para entender que se pretende analizar. En segunda instancia indagaré sobre los discursos que se encuentran presentes entre los trabajadores sociales. Luego de que en el capítulo dos hayamos comprendido que entienden por cuidados y en el capítulo tres cómo esta noción se desarrolla dentro del campo de salud, en este cuarto se espera obtener nociones acerca del significado de familia, y cómo se ve reflejado el mismo en las intervenciones.

A través de las entrevistas realizadas se obtendrán datos sobre cuáles son los grupos de personas que más aparecen como referentes de cuidado, y cómo intervienen los trabajadores sociales para buscar una justa distribución de los cuidados.

Caracterización de los discursos

Siendo que el objetivo principal de esta investigación parte de analizar las configuraciones discursivas en torno a los cuidados en los Trabajadores Sociales participantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados del HIGA, es pertinente acercarnos a una noción de discurso, para comprender desde donde pretendo investigar.

Resulta pertinente entonces retomar una de las definiciones de Norman Fairclough y Ruth Wodak (1997) fundadores del análisis crítico del discurso, quienes comprenden que

El discurso como práctica social implica una relación dialéctica con un evento discursivo particular y la situación, la institución y la estructura social que lo configuran. Una relación dialéctica es una relación en dos direcciones: las situaciones, las instituciones y las estructuras sociales dan forma al evento discursivo, pero también el evento les da forma a ellas. Dicho de otra manera: el discurso es socialmente constitutivo así como está socialmente constituido: constituye situaciones, objetos de conocimiento, identidades sociales y relaciones entre personas. Es constitutivo tanto en el sentido en que ayuda a mantener y a

reproducir el statu quo social, como en el sentido de que contribuye a transformarlo (p.258).

Podríamos decir entonces que el discurso no resulta ser un simple juego de palabras, o un evento discursivo aislado, sino que como comprende Foucault (1992) son prácticas productoras de realidad, de sentido y legitimación de la misma, por lo que no describen lo existente, sino que construyen realidades. A su vez el filósofo británico Austin (1992) agrega la idea de que el discurso no se limita a la simple transmisión de contenido o descripción de realidades; sino que en su carácter performativo puede influir directamente en el mundo y las relaciones humanas. Se puede decir entonces que el poder del discurso yace en que crea identidades discursivas, de manera que las personas asumen roles, etiquetas o formas de ser a partir de los discursos dominantes que se encuentran en su entorno, así el discurso puede generar ciertas divisiones (que para nada son neutras), fragmentando la sociedad.

En este caso el poder del discurso es tal, que ha normalizado que dentro del grupo sociocultural se vea a las mujeres como responsables de las tareas de cuidado. De acuerdo con Rodríguez Enriquez (2007) existe una creencia generalizada acerca del carácter innato de las mujeres para los cuidados que justifica la no remuneración de este trabajo. Desde esta construcción social de la femineidad, el cuerpo de las mujeres es presentado como más apto para las tareas de cuidado por su supuesta docilidad, afectividad, sensibilidad, prolijidad, sentimiento de entrega y delicadeza que, supuestamente, la constituye como el sujeto ideal para ello (Gavrila y Cuenca, 2022: 4).

Ahora bien según Charaudeau (2003) existen los “saberes de creencia” que son aquellos saberes resultantes de la actividad humana que se ocupan de hacer que el mundo no exista por sí mismo, sino a través de la mirada subjetiva que el sujeto le da. Estas creencias regulan las prácticas sociales creando normas efectivas de conducta, e ideales de las mismas.

Por lo tanto las mismas “dependen de sistemas de interpretación de los que unos evalúan lo

posible y lo probable de las conductas en situaciones determinadas, mediante hipótesis y verificaciones que permitan después hacer predicciones directas” (Charaudeau, 2003, p.57).

Con esto dicho podemos decir que el análisis del discurso comprende no sólo una práctica investigadora, sino que también resulta ser un instrumento de acción social, ya que permite desvelar los (ab)usos que, desde posiciones de poder, se llevan a cabo en muchos ámbitos y que se plasman en los discursos (Stecher, 2010).

Interpelar la feminización de los cuidados permite desvelar un claro abuso de poder, que tiene que ver con la idea de la conformación ideal de una familia tipo patriarcal, en la que se dan roles de género asignados y que comprenden una desigualdad entre mujeres y hombres.

Aunque esta idea prevalece en la actualidad, a continuación podemos observar como el análisis del discurso permite transformar intervenciones y estructuras que parecían inamovibles.

De familias a redes vinculares.

El término “familia” es un concepto que se utiliza en la cotidianidad, y principalmente dentro de las instituciones de salud; por ejemplo cuando se brinda el parte de un usuario, o para poder visitar al mismo, escuchándose “familiares de” para referirse a quienes se encuentran en la sala de espera. La idea de la “familia nuclear” conformada por una pareja heterosexual e hijos, se encuentra incorporada en nuestro vocabulario, y responde al sistema ideal de familia patriarcal, que refuerza los estereotipos de género, pero en los últimos años han aparecido nuevas configuraciones familiares poniendo en juego esta conceptualización, Arriagada (2007) lo describe de esta manera

El modelo más importante de familia nuclear, la biparental con hijos, se redujo (de 46.3 por ciento en 1990 a 41.1 por ciento en 2005). Este modelo coexiste con la familia extendida de tres generaciones (en 2005 algo más de un quinto de todas las

familias urbanas latinoamericanas, 21.7 por ciento), las familias nucleares monoparentales, principalmente a cargo de mujeres (12.2 por ciento en 2005), los hogares unipersonales (9.7 por ciento en 2005), las familias nucleares sin hijos, los hogares sin núcleo conyugal y las familias compuestas (p.10).

De esta manera podemos notar que existen al menos cuatro modelos de familias, y que aquella que representaba al tipo “ideal” viene en descenso, tomando mayor fuerza los hogares unipersonales. Estos cambios responden a distintos causales, que no son parte del análisis de esta tesis, pero es importante aclarar que el término en sí de “familia”, tiene un peso muy importante en las personas.

Sin ir más lejos, en una entrevista que realicé en mis prácticas de formación profesional supervisada, noté incomodidad y enojo en una usuaria entrevistada al preguntarle si tenía hijos o familiares que puedan acompañarla en el proceso de salud que iba a empezar a transitar. Su respuesta en otras palabras fue *“todos me preguntan por mis hijos, si tengo hijos, si tengo familia, y en algunos lados parece ser un requisito, no, no tengo”*.

Esta respuesta fue fundamental para poder repensar mis intervenciones, y la importancia que tienen los términos que utilizo. Al utilizar la palabra “familia” y al notar la reacción de la entrevistada, comprendí que a través de esa pregunta estaba reproduciendo un discurso relacionado a la idea del modelo de familia patriarcal esperado y a su vez un segundo discurso sobre la idea de la mujer como sinónimo de madre. Pero ¿qué sucede si no frenamos a repensar nuestros discursos? Lo más probable es que situaciones como la mencionada se repitan. En mi caso, a través de lo comentado, empecé a escuchar con mayor atención cada palabra utilizada por los profesionales de la salud y allí es donde escuché por primera vez el término “la red de referencia”, “referentes de cuidado”, “redes vinculares/apoyo”.

A través de las entrevistas realizadas y específicamente ante la pregunta de qué entienden por familia, las trabajadoras sociales dejan a la vista que el concepto no es utilizado con frecuencia en sus intervenciones, y que de manera contraria buscan encontrar una red,

teniendo en cuenta a su vez el contexto de cada usuaria:

Más allá de la familia, yo en lo personal hablo de la red cercana de referencia. Antes cuando ingrese se esperaba que la familia diera ciertos cuidados o acompañe, pero bueno también uno entiende que los vínculos se van dando de diferente manera, hay vínculos que no se dan, o que están muy atravesados por situaciones complejas, entonces te repito yo en lo personal trabajo con la red cercana de referencia” y remarca “uno no pretende que se haga cargo si son situaciones atravesadas por conflictos graves, si por lo menos que sepan que el familiar está acá y ponerlos al corriente (Entrevistada 1).

Esta respuesta deja a la vista que el término familia remite a la idea de la principal institución dadora de cuidados y acompañamiento, relacionado estrechamente con el diamante del cuidado, mencionado anteriormente. En segundo lugar la trabajadora social comenta que hay vínculos familiares, quizás en este sentido comprendidos como lazos sanguíneos, que están atravesados por distintas situaciones complejas, e incluso de violencia, por lo que no se pretende reforzar el vínculo, eligiendo realizar las intervenciones con la red cercana de referencia del usuaria. En este sentido comprendo que la red cercana hace alusión a todos aquellos que pueden convivir o no, tener lazos sanguíneos o no con el usuaria, pero si tienen una relación fundada en el compromiso con el otro.

A esta respuesta adhieren las restantes profesionales consultadas:

Lo que nosotros buscamos no es un familiar, sino un referente de cuidado, una persona que pueda ser un familiar o no, que acompañe al usuario que está transitando esta cuestión de salud en ese momento, y que también lo acompañe una red al momento del alta. Buscar una persona, un referente de cuidado, que sería una persona que esté dispuesta a acompañar en este transcurso de la patología o lo que está atravesando la persona (Entrevistada 2).

En esta respuesta aparece el segundo término: “referentes de cuidados” y aunque puede parecer sinónimo de la red de referencia, a mi parecer este concepto hace mención a actividades más específicas sobre el cuidado, sin necesidad de existir o mediar relación entre el usuario cuidador y el usuario internado. Comprendo que pueden ser grupos, organizaciones, o incluso trabajadoras contratadas para la tarea específica del cuidado.

Mi concepto de familia es ampliado al lazo nuclear, hablamos de redes vinculares, y ese es el espectro, son los lazos primarios de cada usuario, que en realidad tratamos de involucrar desde el inicio del tratamiento (Entrevistada 4).

En tercer lugar aparece el término “redes vinculares”¹² el cual es a mi entender, el concepto que mejor define lo que buscan los profesionales a la hora de pensar la red que acompañe al usuario. Las redes vinculares, según Acosta y Rojas (2015) son “un proceso permanente de interacción entre los sujetos de una comunidad, con una relación de unión, organización, apoyo y objetivos en común que buscan el bienestar” (p.12), pero esta red no depende de la existencia de lazos sanguíneos. Como indica otra de las entrevistadas, se trata de las personas con las que cuenta el usuario en el momento específico:

es como el grupo de convivencia, el grupo que uno tiene afinidad, no tiene que ver mucho con los lazos sanguíneos(...) creo que hoy el concepto de familia está atravesado también por las nuevas familias, por las nuevas dinámicas de la sociedad (Entrevistada 3).

En muchas ocasiones la persona viene con algún referente, capaz que no está las 24 horas acompañando, pero si en los horarios de visita siempre encuentras algún referente, y en los casos en los que no, intentamos generar alguna red. Alguna red que a veces es un vecino también, o un amigo, casi nunca pensando en familia. Intentamos preguntarle a la persona con quien podemos contar, con quien cuenta en su vida diaria, y que sea la misma persona la que lo acompañe, siempre y cuando esté disponible, si quiere, si puede bueno un montón cosas (Entrevistada 2).

¹² En el paso por las prácticas de formación profesional supervisadas en el HIGA he utilizado también por mi cuenta, el término de redes de apoyo relacionadas estrechamente con las redes vinculares.

Una idea que aparece en esta última respuesta tiene que ver con el derecho a decidir si se quiere cuidar. Como bien nombra la entrevistada una busca la red del usuario más allá de la familia, pero no se puede obligar a nadie a realizar el trabajo de cuidado; no solo por la existencia de situaciones de violencia, o distintas complejidades vinculares existentes, si no y simplemente porque cada una debe contar con el derecho a decidir si quiere o no cuidar. Muchas veces las mujeres no cuentan con esta “opción de decidir” ya que se sienten obligadas a hacerlo por lo que la sociedad impone a través de las representaciones sociales que se han generado sobre el deber ser de las mujeres.

También hablando un poco del término familia, bueno si primero hay que ver qué vínculo tenía esa persona que esos hijos, si de repente fue un padre ausente yo no le puedo exigir a ese hijo/a que se haga cargo, eso también hay que entenderlo (Entrevistada 3).

Es importante tener en cuenta el contexto de cada familia. Hay vínculos que no están dados, que se rompieron. Hay familias agotadas, uno no puede pedir, exigir, que estén y agrega "no hay que sumarse a lo que la sociedad espera que el otro haga por ser la madre, el padre, el hijo y respetar esa historia, y en base a esa historia y el contexto actual definir la intervención y la institución acompañar (Entrevistada 1).

Es importante entender entonces (y como bien aclaran las entrevistadas) que en nuestras intervenciones no se deben forzar vínculos, ni obligar a alguien a cuidar de una persona no solo con la que no tiene vínculo, o ha vivido situaciones de violencia, ausencia, entre otras, si no también por el hecho de que cuidar a otro debe ser una decisión de cada una y esto es parte de lo que mencionaba en el capítulo dos al hablar de contextualizar y territorializar la mirada al pensar en los cuidados.

Por otro lado, estas respuestas permiten observar que en definitiva, el término de familia resulta antiguo y a su vez complejo por la resonancia que puede generar en el usuario su presencia en el discurso diario de nuestras intervenciones. Muchas personas cuentan con

una red de amigos y vecinos con la que comparten su cotidianidad, y se brindan compañía, como son los siguientes casos:

Yo por ejemplo trabajo mucho con la población trans, la familia de repente son sus amigas, porque fueron expulsadas de su familia biológica, entonces de repente los lazos que se construyen, son lazos de otro tipo, que no están ligados a lo sanguíneo (Entrevistada 3).

también muchas personas que se jubilan en sus ciudades de origen, después vienen a vivir acá, y no contas con una red por ahí tanto de familia, si no que es una red más de personas de su edad que comparten gustos y demás (Entrevistada 1).

A partir de estas respuestas y lo comentado anteriormente sobre una experiencia propia de intervención supervisada, podemos comprender que el término “familia” constituye un concepto no utilizado cotidianamente por las trabajadoras sociales ya que no responde a las realidades de los usuarios y a las nuevas concepciones de familia. Al usar este tipo de términos, podemos acercarnos de una manera distinta a los mismos, haciendo que se sientan más seguros. A su vez evitamos caer en el reduccionismo del término familia, vinculado generalmente a los lazos sanguíneos, que pueden producir ciertas incomodidades y alejamientos con los usuarios. Las trabajadoras sociales al hacer uso de términos como “red de referencia” o “redes vinculares”, permiten ampliar a través de su discurso la red de cuidados, tratando de evitar que la primera opción ante la responsabilización de los cuidados sea una mujer.

De esta manera propongo la utilización de redes vinculares, para referirnos a toda persona que acompaña a otra durante un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, sin importar los lazos sanguíneos. Los referentes pueden ser amigos, hermanos, madres, padres, compañeros de la facultad y hasta vecinos. Estos últimos son una figura que aparece mucho en las intervenciones, y sobre todo en nuestra ciudad de Mar del Plata, en

donde las personas adultas mayores vienen a transitar su vejez formando lazos muy fuertes con quienes son sus vecines.

También como nombra una de las colegas, en la población travesti y trans la “familia biológica” no suele formar parte de su círculo de referencia por situaciones de discriminación, o alejamiento, pero también hay muchos migrantes, que tienen su familia biológica lejos, y así es que las “amigas” se vuelven su principal referente.

La feminización de los cuidados ¿quienes cuidan?

En el cierre del tema anterior aparece en uno de los aportes de las trabajadoras sociales la idea de “lo que la sociedad espera que el otro haga por ser la madre” (Entrevistada 1). Y esta frase no es un dato menor para lo que desprende este apartado.

Esta cita hace referencia a las representaciones sociales existentes en la sociedad en torno a lo que se espera por ser madre. Estas representaciones son entendidas como un sistema de valores, ideas y prácticas con una función doble: en primer lugar, establecer un orden que posibilita a los individuos a orientarse a sí mismos y a controlar el mundo social en el que viven y en segundo lugar, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndoles de un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1973: 13, citado en Rodríguez Salazar y García Curiel, 2007: 89).

Jodelet (1988) va a identificar a las representaciones sociales como “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (p36).

A través de estas definiciones entonces, podemos comprender que las representaciones sociales establecen un orden y controlan el mundo social generando códigos y una construcción de la realidad común al conjunto social en el que viven. A lo que Gavrila y Cuenca (2022) agregan que estas representaciones operan directamente como

ordenadoras de nuestra conducta, a través de estos sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos que definen la conciencia colectiva y que instituyen los límites y las normas con que los sujetos actúan.

Para poder observar si estas representaciones sociales en torno al lugar que ocupan las mujeres es el del ámbito privado y los cuidados, se realizó una pregunta clave a las entrevistadas: ¿cuáles son los grupos de personas que más participan en los cuidados? Y entre largos minutos de conversación se iban desprendiendo más y más situaciones que indican que las mujeres, somos efectivamente las encargadas de los cuidados, por los discursos que se reproducen en la sociedad, en torno a nuestro carácter innato de maternidad y cuidado. Una de las entrevistadas hace referencia a la ausencia de cambios sobre estas representaciones sociales a lo largo del tiempo:

Yo creo que continuamos en la misma línea de antes, es la mujer, es la pareja, es la ex pareja, o la madre, o la hermana, o la hija la que acompaña más. En general vienen mujeres (Entrevistada 2).

Esta respuesta no solo indica que son las mujeres quienes cargan con las tareas de cuidado, sino que también aclara que “continuamos en la misma línea de antes” haciendo hincapié en que aunque existen muchos avances en torno a las cuestiones de género, y aunque las mujeres empezamos a ocupar otros espacios de trabajo, seguimos siendo quienes nos ocupamos del trabajo de cuidado fuera y dentro del hogar; esto permite reflexionar sobre la existencia de las interminables jornadas laborales. En los siguientes dos fragmentos se afirma nuevamente que a pesar de los intentos de ampliar la red, la figura principal es la mujer“ *esta bueno incorporar a los varones en temas de cuidado, pero si generalmente aca se ve mucho el tema del cuidado en la mujer hasta vecinas, ex mujeres, ex parejas” (Entrevistada 3).* En concordancia la trabajadora social cuatro comenta:

Nos pasa que nosotros llamamos a todo el grupo, a todo el que quiera venir, no lo citamos al consultorio que es más chico, sino a la sala que es más amplia y sin embargo

quizás el primer día viene toda la familia y después quedan las mujeres. Mujeres que dejan de hacer justamente de todo, sobre todo mamás, grandes (...) (Entrevistada 4).

Estas últimas dos respuestas dejan a la vista que existen estrategias de parte del grupo de trabajadoras sociales del HIGA quienes insisten en llamar a toda la red del usuario, y aunque en un primer momento pueden aparecer varones; a lo largo del proceso van quedando únicamente mujeres.

la mujer lo que más la ata es el cuidado de los niños o de sus sobrinos, o de niñeces de la familia entonces de repente no pueden venir a un turno sin dejar a los nenes, entonces los traen, y es todo un tema; pasa mucho de que se quieren ir de alta porque no están conformes con el cuidado de sus chiquitos (Entrevistada 3).

En todas las respuestas aparece la figura de “la madre” lo cual, siendo un hospital que comprende la atención de personas mayores de edad presenta algunas inquietudes. Por un lado nos encontramos con madres que son usuarias de la institución y que debido a la falta de espacios públicos de cuidado (como mencionamos anteriormente) comienzan a ausentarse o descuidar su salud, por responder al cuidado de sus hijos. Pero por otro lado también nos encontramos con muchas madres adultas mayores, que siguen respondiendo al cuidado de sus hijos o nietos, y es de aquí que surge preguntarle a una de las entrevistadas: ¿por qué aparece con tanta frecuencia la imagen de la maternidad en un hospital al que van adultos? La misma refiere en primera instancia que las madres ocupan el lugar de dadoras de obra social, además de cuidadoras.

Mujeres: en especial madres, hijas, hermanas. En nuestro caso particular de diálisis, y bueno pensando que es un tratamiento a largo plazo, y es una insuficiencia renal crónica y terminal, hasta no llegar al trasplante digamos, dependen de una conexión a una máquina de diálisis, además de cuidadoras las madres se convierten en dadoras de obra social. Lo que lleva al hecho de que no se están aprobando las pensiones desde enero hasta hoy, las

madres previo certificado de discapacidad, hacen el trámite de poner a cargo el familiar otorgando pami (Entrevistada 4).

Este relato además demuestra el peso que tienen las representaciones sociales en nuestras vidas, apareciendo en este sentido la idea de que ser mujer es sinónimo de madre y que a su vez ser madre es sinónimo de cuidadora. Todas estas respuestas tienen en común, que las que se presentan en las instituciones de salud cuando un usuaria se encuentra internada, son las mujeres. Mujeres que no solo son madres, también son ex novias, hermanas, primas, y hasta ex cuñadas. A lo largo de las entrevistas algunas trabajadoras sociales interpretan que existen algunos cambios, en los que hay hombres que se presentan y participan de los cuidados, pero esto resulta ser una gran minoría.

Otra problemática, que no analizaremos en profundidad en esta investigación, pero que guarda relación con las representaciones sociales existentes en nuestra sociedad, tiene que ver con que mientras las mujeres son quienes se presentan en las entrevistas, y permanecen firmes al lado de las camas del hospital ejerciendo el trabajo de cuidados, son los hombres quienes ocupan el lugar de “usuaria”.

Gran porcentaje de los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI¹³) son hombres, todo lo que tiene que ver con consumo y accidentes en ese contexto, apuñalados, todo eso, mayormente un 75% son hombres y quienes acompañan en general si hay mamá, hermana, pareja, mujeres que dan los cuidados, cuidados en muchos casos de por vida, hay lesiones como en un paciente cuadriplejico, o de mínima conciencia que va a quedar así hasta que fallezca (Entrevistada 1).

Esta respuesta nos permite inferir que el hombre resulta ser influenciado por estos estereotipos en torno a su género, siendo víctima también (aunque en menor medida) del sistema patriarcal. La idea de hombre fuerte, peleador, que defiende lo suyo, “el macho”, hace que por un lado se encuentre constantemente intentando demostrar que estas

¹³ De aquí en adelante UTI.

características son ciertas, terminando hospitalizados por accidentes automovilísticos, heridos por armas blancas o por peleas con otros hombres; pero por otro lado también se comprende que el varón asiste menos a las instituciones de salud, ya que entienden a la misma como un símbolo de debilidad.

Dentro de los imaginarios de la sociedad, no solo se espera que las mujeres cuiden, sino también que lo hagan de excelente manera, sin importar en qué condiciones de salud se encuentre, pero esta exigencia no es la misma hacia los varones, como podemos percibir a continuación

Lo tienen re naturalizado y lo asumen así de hecho algo que sucede en gineco es que las mujeres se quieren ir de la internación porque no saben con quien dejar a sus hijos, y eso es algo que si trabajas con hombres nunca te van a nombrar eso, y en salud mental igual cuando roté por salud mental también me llamaba mucho la atención eso que a las mujeres las iban a ver otras mujeres en el horario de visita y pocas, en cambio los hombres son en el horario de visita eran todas mujeres, entonces bueno qué pasa cuando un evento de salud de una mujer, ¿quien acompaña? porque ahí está muy sola esa mujer, en cambio el hombre siempre hay tía, hermana, prima ex mujeres se ven mucho acá que vienen a cuidar (Entrevistada 3).

A través de este análisis podemos notar que a las mujeres solo las cuidan otras mujeres, formando redes de cuidado y de trinchera, sobre todo en aquellas mujeres de escasos recursos, donde a través de distintas organizaciones sociales o instituciones barriales como merenderos, se generan estos espacios de cuidado entre mujeres. A su vez en este relato se habla de la “naturalización” que tenemos las mujeres en torno a las tareas de cuidado, podemos decir que nosotras mismas en muchas ocasiones no nos cuestionamos la invisibilización de nuestro trabajo, ni mucho menos por que se nos exige tanto aún cuando nos encontramos atravesando una internación o intervención de salud, de manera contraria al hombre pareciera ser que no se le exige su presencia, ni tampoco la excelencia a la hora

de cuidar. Ligado a estas representaciones sociales, se les preguntó a las entrevistadas si reconocen la existencia de roles de género asumidos por los referentes de cuidado, o esperados por los profesionales de salud, y las respuestas fueron las siguientes, *“el cuidado está relacionado con los estereotipos de género, y los roles asignados para cada uno, me parece que todavía hay que desnaturalizar un montón esas cuestiones”* (Entrevistada 3).

En este apartado nos encontramos con una afirmación a lo que se viene planteando, el cuidado está completamente ligado a los roles asignados para cada persona según su género. Las representaciones sociales ordenan nuestra conducta (Gavrila y Cuenca, 2022), en torno a esto podemos decir que se ha construido un discurso sobre lo que debe ser una mujer relacionado a la idea de madre-cuidadora que nos ubica en este lugar.

Donde trabajo no, no existen roles asignados, pero entiendo que tiene que ver porque somos todas mujeres. Pero si observas extendido a otros lugares donde voy, por ejemplo en la guardia, en los pisos, si lo tienen asignado al rol de cuidado, en especial a las madres (Entrevistada 4).

En esta respuesta se presenta la idea de que al ser un equipo de mujeres que trabajan en el área no existen roles asignados según el género, y quizás también tenga que ver porque las mismas trabajadoras han sido durante su vida cuidadoras y cuidadas por otras mujeres, lo que comprende una relación distinta con estas situaciones. Esto no quiere decir que por ser mujeres no caeremos en la reproducción de discursos que lleven a una feminización de los cuidados, pero sí que sí a nuestras experiencias las complementamos con la formación en perspectiva de género la mirada será distinta. A continuación podemos notar como en otras áreas los discursos que se presentan resultan diferentes a lo que plantea la colega:

Si, se ven esos discursos también en los profesionales, por ejemplo desde los médicos y eso sí. Como que todavía hay un, por ejemplo nosotros no llamamos siempre a su mamá o su hija, pero en otros sectores sí, se hace así, y hasta se prefiere que sea por

ejemplo la hija la que venga, insisten en que venga esa hija esa persona mujer, familiar, antes que otra persona (Entrevistada 2).

La entrevistada tres por otra parte, hace referencia a que incluso al momento de dar indicaciones asistiendo al consultorio un hombre y una mujer, quien recibe las mismas es la mujer:

hay que desnaturalizar un montón porque también los profesionales de la salud dan indicaciones a otras mujeres, no invitan a otros miembros de la familia a ser parte, o si ven un hombre no les dan las mismas indicaciones que si ven a una mujer que acompaña. También entiendo que a veces uno trabaja con lo que existe, lo real y no con el ideal, yo también me he visto dando indicaciones a otra mujer pero también digo bueno es lo único que tengo, y se me juega como una contradicción, pero bueno trabajamos en condiciones muy adversas (Entrevistada 3).

En estos relatos podemos ver como el MMH y el patriarcado operan en estas intervenciones. Algunas profesiones se centran exclusivamente en la atención de la enfermedad, en la rápida externación o como se dice habitualmente en dejar libre la cama, sin importar quien acompaña este proceso. Lo cierto es que como pudimos notar en el capítulo anterior esta idea choca con el modelo de atención integral de la salud, entendiendo que en primer lugar si el usuario no tiene los medios y la red necesaria para atravesar la externación lo más probable es que vuelva a ser ingresado en la institución de salud, y a su vez que si esa red se centra únicamente en una persona que se dedique a los cuidados, tendremos otro usuario que requiera atención por el estrés y el descuido de su propia salud, que implica cuidar. Aun así en muchas ocasiones aunque exista la estrategia de ampliar la red para no caer en la feminización de los cuidados, la realidad que tenemos enfrente supera la estrategia. Por otro lado, una de las entrevistadas presenta otra situación problemática que tiene que ver con que las mujeres transitan más el sistema de salud que los hombres:

lo que por ahí nosotros no tenemos incorporado y me parece que hay que revisar, es ampliar esa red, buscar, hay un varón pero por ahí igual se habla con la mujer, ya está asignado ese rol más de cuidadora de la mujer o que lo va a entender mejor o que transitó más el sistema de la salud porque es verdad, que las mujeres transitan más el sistema de salud ya sea por lo ligado a la reproducción, o porque se hacen más controles ginecológicos, como que el sistema de salud las tiene a las mujeres como foco, entonces el hombre no transita las instituciones de salud (Entrevistada 3).

Es importante aclarar que la trabajadora social entrevistada en este caso ha trabajado en el área de infectología, ginecología y en el consultorio de diversidad, y durante su entrevista y a partir de su relato se ha podido inferir que la relación de los hombres con las instituciones de salud, son muy distintas a las de las mujeres. Por ejemplo al preguntarle sobre qué cuidados específicos requiere el área de infectología, la misma refiere:

En infectología se acercan más mujeres, y después se genera todo un entorno de sospecha, de como me lo contagie, cuando quien es esa persona, cómo puedo saber y eso es algo que no se puede saber. Hay muchos hombres que también no vienen porque no creen en el HIV, a mi me ha tocado estar en esas situaciones y las mujeres como que están seguras de que el el que las contagio, entonces se empieza a generar toda una cosa de culpabilización. Los hombres son más reticentes a hacer el tratamiento, aunque hay también mujeres que se niegan, pero bueno ahí intervienen otras cosas más subjetivas, más ligadas al prejuicio del VIH, a que nadie se entere, eso es algo de lo que trabajamos mucho. Este es tu diagnóstico y no necesitas contárselo a todo el mundo. Ha pasado que hay hombres que saben que lo tienen, y se lo han ocultado a sus mujeres (Entrevistada 3)

y agrega:

yo trabajo mucho en el despues, bueno que pasa tenga una nueva pareja ¿que hago? se lo digo, no, quizás es una relación ocasional o no; es una persona que me

va a dejar cuando sepa, entonces se abre todo un montón de cuestiones que hay que abordarlas, que están atravesadas por el género también. Los hombres generalmente como que les piden a las mujeres de no cuidarse con preservativos, muchos hombres, las trabajadoras sexuales todas te dicen que no se quieren poner el preservativo, entonces cómo se maneja eso. Es como que la falta de cuidado del hombre es muy grave, por así decirlo en cambio la mujer, la mujer es mucho más consciente de eso (Entrevistada 3).

Desde el relato de la entrevistada se pueden hacer varios análisis; en primer lugar podemos advertir que quienes más se acercan a las instituciones de salud son las mujeres. En segundo lugar se observa que mientras las mujeres intentan encontrar respuestas y se preocupan por cómo comunicar a sus parejas o posibles relaciones sobre esta infección con la intención de cuidarles; los hombres niegan el contagio, e incluso en algunos casos la existencia del VIH. Por otro lado la colega hace referencia al no uso del preservativo como una problemática que también comprende a mi entender al autocuidado, el cuidado de otros y a su vez a la violencia sistemática sobre el cuerpo de las mujeres y disidencias. En definitiva como vemos a continuación, en todo lo que gire en torno a los cuidados aparecen las mujeres y disidencias:

siempre hay de intermediaria una mujer o mujer trans para que el hombre cis acceda, como que tienen un no sé, un rechazo a venir a las instituciones de salud, o bueno estos mandatos de masculinidad, de soy fuerte nunca me va a pasar nada, eso es para débiles entonces después uno ve que llegan a la internación muy deteriorados. (Entrevistada 3).

Este último relato refuerza la idea de que por un lado cada área de salud comprende a los cuidados según las necesidades de la misma, mientras en el área de nefrología por ejemplo podemos notar que los cuidados giran en torno al cambio y limpieza de fístula, en el área de infectología el cuidado también se puede relacionar a cómo reaccionamos ante la

idea del “contagio”, y donde aun en este sentido la mujer ocupa el lugar de cuidadora al acudir a los chequeos diarios, a realizar el tratamiento correspondiente, a informar a quien sea necesario para su cuidado, e incluso de cuidarse a ella misma y a otras a la hora de utilizar preservativo. Por último y como mencionaba anteriormente en cuanto a las representaciones sociales existentes, los mandatos de masculinidad atraviesan de tal manera a los hombres que repercuten inclusive en su salud, pero este será tema de otra investigación.

La importancia de las redes vinculares en el campo de la salud

Otro de los datos relevantes de esta investigación, es la gran importancia que tienen las redes vinculares, podríamos decir las mujeres cuidadoras¹⁴ para el equipo de salud. En algunos casos muchas personas creen que estorban o se sienten incómodas, pero las mismas trabajadoras sociales comentan que son fundamentales para los avances y sanaciones de los usuarios, incluso en algunos casos no se trabaja con ellos, sino con las cuidadoras. A raíz de esto, muy recientemente se han creado dos talleres en dos áreas específicas para poder acompañar a estas redes vinculares, entendiendo que las mismas cargan con un gran peso:

En terapia estoy en un taller que se llama taller de familias que lo que hace es acompañar los miércoles de 13 a 14 horas. Se llama taller de familias pero es para el referente que venga, es acompañar el transitar de la terapia y de ahí entre los profesionales se toma lo que surge de este grupo de personas que acompaña y bueno se trabajan algunos aspectos, y sobre todo cómo impacta en la terapia, trabajas más con el impacto de esta red que con el paciente, la angustia que genera, la incertidumbre o bueno acompañar todo ese proceso en red (Entrevistada 1).

¹⁴ He decidido a partir de este apartado hablar de cuidadoras en femenino, ya que considero que ha quedado demostrado que somos las mujeres quienes ocupamos este gran trabajo. De esta manera entiendo además, que puedo darle más visibilidad a la problemática.

Resulta interesante en este fragmento que el taller se llame “taller de familias”, pero que como aclara la entrevistada sea para la red vincular del usuari internade en terapia intensiva. Por un lado podemos observar que aunque las trabajadoras sociales intentan no utilizar el término familia en sus intervenciones, en el equipo de profesionales de salud se sigue usando con frecuencia en la actualidad, inclusive creando un taller que lleva este término. A su vez se afirma que en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) los cuidados también son diferentes a las otras áreas, ya que por lo general se trabaja más con la red que con el usuari internade, como veremos a continuación:

El cuidado depende tambien si requieren un acompañamiento si no, la realidad es que el paciente de neurología¹⁵ mayormente requiere acompañamiento, pero hay veces que no es necesario en este estadio de la patología, si después uno trabaja lo que va a requerir a futuro, sobre todo cuando son patologías que progresan. El cuidado del paciente post uti si es necesario porque es un paciente sumamente deteriorado con internaciones prolongadas. Entonces ahí si, y lo que se hace es el consultorio post uti, que se acompaña al paciente y su entorno en esto de ver como se desarrollo el cuidado, si se pudo acceder a los estudios, si esta bien alimentado, si está pudiendo hacer kinesio, se hace una evaluación entre profesionales. Una vez que se atiende lo agudo, al mes aproximadamente se hace una evaluación en conjunto y se evalúa si lo derivan (Entrevistada 1).

El cuidado en las áreas de neurología o terapia intensiva dependen mucho de cómo se encuentre el usuari en ese periodo; por ejemplo en algunos casos en la UTI cuando se sabe que la persona atraviesa el final de la vida, se interviene con la familia para buscar que este proceso de despedida sea de la mejor manera posible, pensando además en la reestructuración de la vida cotidiana. En otros casos cuando nos encontramos con patologías crónicas, o recuperaciones más extensas la profesional aclara que se acompaña tanto al usuari como a la red, de esta manera se puede trabajar la atención de la salud de

¹⁵ Por la gran demanda que tiene el Hospital muchas profesionales de la salud ocupan varias áreas del mismo, es por eso que más allá de las nombradas en los objetivos pueden aparecer otras áreas de trabajo como neurología, cirugía, ginecología, etcétera.

una manera integral. Como se ha mencionado en el capítulo 3 las patologías crónicas requieren cuidados a largo plazo que pueden ocasionar dificultades de salud en las redes de apoyo, como sostiene la colega *“no se puede sostener, la persona cae, entre el impacto que genera tener tu familiar ahí, más ocuparte de los cuidados, una sola persona termina claudicando, por eso también con el consultorio post uti se evalúa”* (Entrevistada 1.) De esta manera este consultorio permite evaluar tanto al usuario como a la red, entendiendo la importancia que tiene la misma.

Relacionado con la creación de este taller la entrevistada 4 hace referencia a una nueva preocupación en su área:

Hay mujeres, mamás grandes que dejan de hacerse los controles, porque esto se vuelve muy demandante entonces, una de las preguntas que hacemos es: ¿estas yendo al médico? ¿te estás haciendo chequeos? ¿tienes tus controles? Para nosotras el cuidador es parte del equipo, porque además surgen internaciones, digamos una persona sola tiene menores chances de vivir. Acá también se juega, la vida y la muerte entonces bueno, nosotras este concepto siempre lo cuidamos porque además va a ser a largo plazo, se habla también del autocuidado del cuidador. Hay situaciones en las que no solo se encargan del cuidado, sino también de bancar toda la frustración, el enojo, hasta situaciones de maltrato del propio paciente, así que por eso tenemos el espacio y la psicóloga también está atendiendo a familiares. Hemos notado algunos inicios en el consumo, que tiene que ver con el estrés, con toda la presión y el estrés que está atravesando” (Entrevistada 4).

La colega hace referencia a la creación de un taller destinado a usuarios y referentes, y que se origina ante la preocupación de la nefróloga y la trabajadora social al observar este tipo de situaciones de estrés, frustraciones e inicios en el consumo. El taller cuenta con una psicóloga asignada exclusivamente al equipo, y funciona todos los tercer viernes de cada mes, con gran participación, sobre todo de los referentes. Las profesionales de la salud consideran que este espacio es enriquecedor para fusionar las experiencias de

usuaries y referentes entendiendo la complejidad que tienen los cuidados en esta área. Es por este motivo que comprendiendo el desgaste y la demanda que implican las tareas de cuidado y al observar que incluso la misma cuidadora desplaza absolutamente todo por estar presente en los cuidados, que la creación de este espacio resulta muy importante.

Estás colegas coinciden en que la creación de estos dos espacios (taller de familias y el taller para referentes y usuaries) son muy necesarios no solo para el usuarie, si no también para les referentes. La necesaria y urgente invención de estos espacios fundamenta no solo la importancia de las cuidadoras, sino también que estamos frente a una posible futura usuaria. Por lo tanto, una justa distribución de los cuidados permite evitar otro tipo de intervenciones de salud. El desgaste físico y mental, el estrés, la frustración, el agotamiento, y los inicios en distintos tipos de consumos son algunas de las problemáticas existentes en los referentes de cuidados, que mencionan las entrevistadas

Estrategias de intervención: hacia una distribución justa de los cuidados.

Entendiendo que las trabajadoras sociales son conscientes de la existencia de esta injusta distribución de los cuidados, se les preguntó a las mismas qué estrategias utilizaban para que los cuidados no recaigan exclusivamente sobre las mujeres, a lo que respondieron:

Yo lo que hago es citar a por ejemplo, a veces vienen juntos papá, mamá, hermanos y demás, en general viene la madre siempre, entonces yo lo que planteo es bueno a ver el resto de los miembros de la familia, qué tareas va a asumir. Una sola persona no puede asumir toda la tarea, lo mismo para recibir los partes, bueno que sea rotativo, porque si no en general siempre es la mujer la que asume el rol de que viene acá, la que lo va a cuidar, los pañales, la que lo va higienizar, entonces yo desde la entrevista, empiezo a que cada uno asuma una tarea, y un compromiso para que sea sostenible en el tiempo (Entrevistada 1).

Esta estrategia comienza desde la primera entrevista, en intentar presentar a toda la red de manera clara y detallada, la cantidad de tareas que van a ser necesarias llevar a

cabo para que estos cuidados puedan ser sostenibles en el tiempo. Luego la trabajadora social intenta explicar que todas estas tareas no las puede asumir una sola persona (que en general como bien aclara suele ser la madre o una mujer) por lo tanto busca una red con una función rotante. Por otro lado en otra de las respuestas se hace referencia al tiempo de las internaciones y la predisposición de los cuidadores:

En internaciones que van a ser largas, porque a veces cuando son cortitas no llegamos a trabajar esas cuestiones, pero bueno en internaciones que van a ser largas, si tratar de implicar a otras personas, de poder hacer entrevistas con otros familiares para ver que posibilidades hay de que se involucren, o en lo que también cada uno pueda brindar, porque a veces ya te digo como el cuidado lo considero de una manera bastante amplia pensar que es en lo que cada uno se puede implicar para mejorar esa situación. A veces hay posibilidades, otras veces no. Y algunas veces pasa que no, que consideran que esa es la mejor manera, lo mismo que te decía hoy a pesar de que una persona que no tenga un vínculo tan afectivo ahora en este último tiempo, consideran que tienen que estar ahí (Entrevistada 2).

En este relato la entrevistada hace mención al tiempo de las internaciones como se ha comentado anteriormente, es decir que en los casos donde el paso por la institución de salud son cortos, se atiende la demanda en concreto sin llegar a problematizar otras problemáticas presentes como puede ser la feminización de los cuidados. Resulta relevante en este sentido, la aclaración de la trabajadora que aun en casos donde se pueden problematizar estas cuestiones, hay mujeres que consideran que deben estar ahí ejerciendo el trabajo de cuidados, sin importar el vínculo existente al momento. Sobre el tiempo disponible que existen en las intervenciones otra entrevistada hace la siguiente aclaración:

yo al menos trato como de darle un tiempo de analizar las situaciones. A veces me parece que los trabajadores sociales en el afán de querer resolver cuestiones rápidas, nos olvidamos de sentarnos y decir bueno a ver tenemos esta situación, a ver pensemos las estrategias, que puedes, hacer que no, con recursos escasos, siempre, hay recursos

escasos. Yo creo que una de las formas que he implementado es esta de problematizar con la mujer, de bueno a ver si tu hermano no puede estar bueno que este en términos económicos, que apoye de otra manera, que no recaiga todo en vos (Entrevistada 3).

Si hay algo que vemos durante la Licenciatura en Trabajo Social, tiene que ver con problematizar con el otre, como bien nombra la colega, y esta forma de intervenir de pensar las estrategias y las problemáticas con el otre, choca específicamente con las ideas del MMH. Es importante parar a analizar las situaciones que tenemos enfrente, tomarnos el tiempo, para evitar seguir reproduciendo vulneraciones de derecho, como puede ser en este caso que todo el peso del trabajo de cuidados recaiga sobre una sola persona. Más allá de las problematizaciones que podamos construir, resulta pertinente respetar los deseos y decisiones que puedan existir en les usuaries a la hora de querer o no cuidar, sin caer en una pretensión de resignificar constantemente a estos actos como una vulneración de derechos en sí. En este relato también aparece la opción del aporte económico, considerando que si no existe la posibilidad de formar una red amplia de cuidados, también se puedan buscar otras formas de aliviar la situación. La entrevistada 2, también coincide en que la forma de problematizar es con el otre:

Se trata de buscar otras personas, implicar a otros actores, no se si hablamos con la persona directamente de pensar en la feminización de los cuidados, si les decimos: bueno esto que vos estás haciendo así, ¿lo quieres hacer? ¿por qué lo haces?, eso si lo preguntamos muchas veces, por que no busca otra persona más que la pueda acompañar, para implicar otras personas en el cuidado. Por lo menos yo lo problematizo así, de una manera indirecta, ampliar la red para nosotros es imprescindible (Entrevistada 2).

En concordancia con lo dicho anteriormente, en este fragmento aparece la estrategia de problematizar con el otre de manera indirecta. No se trata de imponer desde un lugar del saber, y de criticar las formas que tiene la red de distribuir los cuidados, porque además de esta forma nos estamos posicionando como les que tienen la verdad absoluta, sino que se trata de construir el problema con el otre, y ver a su vez si esto que nosotres reconocemos

como una problemática, es de igual forma para esa red. En estos casos específicos por la experiencia que tienen las trabajadoras y por todo lo que se ha trabajado durante esta investigación podemos percibir que si los cuidados recaen sobre una sola persona, existe la posibilidad de que aparezcan más complicaciones y es por tal motivo que se sostiene la idea de ampliar la red, como se menciona a continuación:

Nosotras generalmente hablamos con el cuidador, referente, le planteamos desde la entrada que esto es largo, que busque, que acá necesita otros actores, le damos el espacio para que se exprese, muchas veces citamos a ese referente que viene siempre y después citamos a otros y lo hablamos también con otros familiares, por ejemplo esposos invisibilizados, porque cuesta, bueno los citamos. Citamos al grupo de inicio, y tratamos de pautar acuerdos. Todo el tiempo buscamos más referentes. Además es una película que ya vemos, que viene el fracaso, porque se van a terminar enfermado, porque en algún punto esa atención se corta, y además no nos parece justo, todo el tiempo estamos llamando, y lo que hacemos muchas veces si en ese grupo no surge, les damos una mano desde afuera, eso si es una tarea que me toca a mi, hacemos una reunión con familiares a ver bueno en que puede cada uno organizarse (Entrevistada 4).

Para cerrar con este fragmento es importante destacar que durante todas las entrevistas los términos familia, red, referente, madre van intercambiando uno por otro constantemente como si fueran sinónimos, y esto no resulta ser un detalle menor porque aunque paremos a definir cada término basándonos en sus diferencias, cada uno de estos termina llegando al mismo lugar, de la familia se desprende la mujer, la red/referente termina siendo la madre aun cuando estamos en un hospital de personas mayores de edad, en definitiva siempre hablamos de mujeres.

A modo de cierre

Luego del desarrollo de este capítulo que comprende un análisis sobre el impacto que tienen los discursos en nuestras intervenciones, se pueden desprender las siguientes

afirmaciones.

En primer lugar se parte de la premisa de que el discurso no es una mera descripción, sino una práctica social que construye realidades. Así a través de lo expuesto por Fairclough y Wodak (1997) se entiende al discurso como una práctica social dialéctica, moldeada por situaciones, instituciones y estructuras sociales. Foucault (1992) y Austin (1992) complementan esta idea, señalando que los discursos son productores de realidad y sentido, con un carácter performativo que influye directamente en el mundo. Los "saberes de creencia" (Charaudeau, 2003) actúan regulando las prácticas sociales y creando normas de conducta, convirtiendo al análisis del discurso en una herramienta clave para desvelar abusos de poder, como la feminización de los cuidados, que refuerza un modelo familiar patriarcal y roles de género desiguales. Un ejemplo clave de esto es cómo el discurso ha normalizado la responsabilidad de las mujeres en las tareas de cuidado, justificando su no remuneración y asociándolas con características supuestamente "innatas" para estas labores.

Las colegas entrevistadas siendo conscientes del carácter performativo que tienen los discursos han cambiado el concepto tradicional de "familia" comprendiendo a su vez que la misma se encuentra atravesada por las nuevas configuraciones familiares, utilizando en este sentido términos como "red de referencia", "referentes de cuidado" y "redes vinculares/de apoyo". Estos conceptos amplían la noción de quién puede brindar cuidado más allá de los lazos sanguíneos, incluyendo a amigos, vecinos y otras personas con relaciones basadas en el compromiso mutuo. Este cambio de términos, resulta ser una estrategia por parte de las trabajadoras sociales que buscan desnaturalizar la carga del cuidado sobre las mujeres y reconocer el derecho de cada individuo a decidir si quiere o no cuidar, comprendiendo a su vez que la palabra "familia" puede generar incomodidad en les usuaries, reproduciendo un discurso patriarcal, centrado en la idea de la mujer como sinónimo de madre.

Aun así las entrevistas con las trabajadoras sociales revelan que, a pesar de los esfuerzos por incluir a otros en la red de cuidados, son mayoritariamente las mujeres quienes acompañan a los usuarios. Incluso cuando se intenta involucrar a hombres, estos tienden a ausentarse en el proceso de cuidado. Esto se debe a que las representaciones sociales establecen órdenes y códigos que definen la conciencia colectiva y ordenan la conducta. Estas representaciones refuerzan la expectativa de que las mujeres somos las principales cuidadoras, debido a discursos sobre nuestro supuesto "carácter innato" para la maternidad y el cuidado. Otro problema que se desprende del análisis de las entrevistas (aunque comprende tema de otra investigación que desarrollaré en otro momento) es la relación que tienen los hombres con las instituciones de salud. Los mismos son los principales usuarios del sistema de salud en casos específicos como accidentes de carácter automovilístico, consumo, peleas y lesiones que incluyen armas, entre otros que guardan estrecha relación con el cumplimiento de ciertos mandatos de masculinidad. Esto sugiere que los estereotipos de género también afectan (aunque en menor medida) a los hombres, quienes en algunos casos evitan el sistema de salud por asociarlo con la debilidad.

Otro supuesto que deriva del capítulo es que el discurso médico y el de otros profesionales de la salud a menudo reproduce estereotipos de género tradicionales, dando indicaciones principalmente a las mujeres y esperando que seamos nosotras quienes asumamos el rol de cuidadoras. Esto impacta directamente con el modelo de atención integral de la salud que se intenta llevar a cabo en los últimos años, ya que al sobrecargar a una sola persona con los trabajos de cuidados puede llevar a su propio deterioro de salud.

A pesar de las limitaciones y las condiciones que se presentan al trabajar en una institución pública de salud (con constantes demandas, falta de insumos, entre otras) es relevante destacar el trabajo que realizan las trabajadoras sociales al buscar ampliar la red de cuidados para no caer en una feminización de los mismos. Aun así pese a el posicionamiento que tienen las mismas y los intentos de romper con estos discursos, no se revelan en las entrevistas estrategias o mecanismos que se implementen desde la

institución u otros profesionales para facilitar la justa distribución de los cuidados, y tampoco para permitir el tránsito de las mujeres por el hospital de una manera más “fácil”, por ejemplo creando espacios donde sus hijos puedan ser cuidados mientras reciben atención médica. Por otro lado la creación de los talleres mencionados por las colegas, revelan la importancia que tienen las redes de apoyo en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, y a su vez todo el trabajo que hay detrás de estas redes que como ha quedado demostrado, cuando se resumen en el trabajo de una sola persona pueden ocasionar otras situaciones problemáticas, generando un nuevo usuario de la institución de salud.

En resumen es de suma importancia contextualizar y territorializar la mirada al pensar en los cuidados, reconociendo la diversidad de las redes de apoyo y el derecho a decidir sobre el cuidado. Un análisis crítico de los discursos en el ámbito de la salud puede dismantelar las estructuras patriarcales que perpetúan la desigualdad de género en la distribución de los cuidados, pero este análisis no será suficiente si no es acompañado por decisiones y estrategias desde la institución de salud.

Capitulo 6

CONCLUSIONES FINALES



Reflexiones

La investigación aquí presente ha significado un gran compromiso personal con la temática, partiendo de identificarme como mujer, feminista y cuidadora, pero también como Trabajadora Social en defensa de los Derechos Humanos y en búsqueda de visibilizar los abusos ejercidos sobre las mujeres, en este caso a través de la feminización de los cuidados. Todas estas características han hecho de esta investigación un trabajo muy potente para mí y que deseo que comprenda un aporte transformador, ya que como sostengo siempre con firmeza: investigar permite transformar.

En primer lugar me gustaría aclarar que todas las premisas que puedan concluir de esta investigación, no resultan ser exactas, ni construyen una verdad absoluta, sino que han sido parte de un extenso análisis que comenzó en el año 2022 en mis prácticas de formación profesional supervisada, y en un contexto atravesado por políticas neoliberales que han atacado de manera reiterada aquellas políticas que tienen que ver con las mujeres, las disidencias, les jubiladas, y la salud y la educación pública. A su vez la misma es parte de una co-construcción en conjunto con mi directora, co-directora, entrevistadas, colegas, y compañeres, por lo tanto ningún saber es caracterizado como propio, de manera contraria ha resultado una construcción colectiva.

Por otro lado y dirigiéndome a los aportes de esta investigación la misma se ha desarrollado a través de un objetivo general que tuvo que ver con: analizar las configuraciones discursivas en torno a los cuidados en los trabajadores sociales participantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados del Hospital Interzonal General de Agudos, la cual ha permitido observar a través de una exhaustiva exploración de los discursos, la complejidad que suponen los mismos como ordenadores de la conducta.

A través del primer capítulo hemos comprendido a los cuidados como un conjunto de actividades ilimitadas y complejas esenciales para la existencia y reproducción de las personas, incluyendo desde la alimentación y la higiene hasta la contención emocional. Los

cuidados resultan ser entonces un trabajo que implica esfuerzo, tiempo y valor social. A su vez se ha tomado la decisión de hablar de “cuidados” de manera plural, comprendiendo la polisemia que su conceptualización supone y por la transversalidad que implica al abarcar todo el ciclo de vida, tanto en el ámbito privado como en el público.

Las trabajadoras sociales entrevistadas, coinciden en esta definición al enumerar la cantidad de tareas que implica cuidar en salud, y a su vez definen a los cuidados en algunas ocasiones como "acompañamiento", lo que ha llevado a realizar una distinción entre cuidar (ligado más a la realización de acciones) y acompañar (relacionado al apoyo emocional). La noción de cuidado a lo largo de los capítulos ha ido variando según el área de salud (neumonología, cirugía, terapia intensiva, infectología, nefrología) dando respuesta al objetivo particular dos: Describir las singularidades que suponen los cuidados en las áreas de nefrología, terapia intensiva, neumonología e infectología. Es importante retomar la aclaración que dada la alta demanda, en muchas ocasiones los trabajadores sociales trabajan en más de un área, por lo que a lo largo de la investigación aparecen nombradas áreas como ginecología o neurología.

Dicho esto, se parte de considerar que cada área requiere cuidados específicos, pero son dependientes a su vez de distintos factores como el tiempo que esté el usuario en la institución de salud, la presencia de una red vincular y a su vez de la característica de la patología. En el caso de nefrología, por ejemplo, nos encontramos, en general, con usuarios con patologías crónicas, esto quiere decir que influye un cambio del 100% en su vida cotidiana, sobre todo los primeros meses en los que se realizan diálisis. La entrevistada ha dejado a entrever que los cuidados en este área son muy demandantes y que comprenden desde el cambio de fístula, viajes a Buenos Aires por futuros trasplantes o gestionar certificados, pensiones, y hasta el acompañamiento emocional al usuario.

En el área de terapia intensiva los cuidados, y la intervención de los trabajadores sociales tendrá más que ver con la red de referencia del usuario, y a su vez con la posible

externación del mismo. La colega también hace referencia a los cuidados crónicos de la siguiente manera: “cuidados en muchos casos de por vida, hay lesiones como en un paciente cuadriplejico, o de mínima conciencia que va a quedar así hasta que fallezca” (Entrevistada 1). De esta manera hace referencia a que los cuidados en este área pueden implicar desde el acompañamiento a la red, hasta los cuidados para toda la vida de un usuaria que ha quedado a completa dependencia de otra.

En el área de neumonología por lo general se comprende la atención de usuarias con infecciones como tuberculosis, en este caso los cuidados no se centran en una única persona sino que es para todas las que conviven con el usuaria. En este área en específico recuerdo que durante mi rotación en el marco de las prácticas de formación profesional supervisadas notaba que los hombres (con tuberculosis o EPOC) siempre venían acompañados por una mujer, pero en cambio cuando la usuaria era la mujer venía sola. En el primer caso notaba que la misma hacía preguntas, o “retaba” a quien acompañaba cuando dejaba a la vista de la doctora que algo no había hecho bien, no tomaba la medicación o no asistía a los controles de la salita, pero en el segundo caso notaba que la preocupación de las mujeres era no contagiar al resto, a sus hijos, o a las personas con las que conviven. En relación a esto aparece un análisis en cuanto a que las mujeres cuidamos en todo sentido: desde la realización de una cantidad interminable de tareas para el cuidado de otras, la asistencia anual a instituciones de salud como autocuidado, pero también al momento de pensar estrategias y mantenernos alerta en cuidar a otras, al pensar en posibles contagios. Esto se dio también en el área de infectología en la que la colega afirma que quienes más se acercan al consultorio son las mujeres, y que a su vez son las que mayoritariamente adhieren al tratamiento, siendo más conscientes de la situación y agrega que incluso siempre hay de intermediaria una mujer, o una mujer trans para que el hombre acceda a las instituciones de salud (Entrevistada 3).

Este análisis no sólo afirma que quienes nos encargamos de las tareas de cuidados (en este caso en la salud) somos las mujeres, sino que también desprende la premisa de que

estamos en constante estado de alerta ante situaciones propias de salud que pueden perjudicar a otros. A su vez en el área de ginecología, se ven situaciones de mujeres madres que dejan de realizarse sus controles o tratamientos porque no tienen con quien dejar a sus hijos, descuidando de esta manera su salud. Las colegas afirman que la salud de los referentes de la red es algo que les preocupa, ya que notan que las tareas de cuidado siempre recaen sobre una sola persona, las mujeres.

En relación a esta preocupación se desprende la respuesta del objetivo tres el cual pretende registrar los discursos que construyen los trabajadores sociales en torno a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado. Ante la notoriedad de esta feminización de los cuidados, la primera estrategia que toman las entrevistadas es cambiar el término de “familias” por “referente de cuidados”, “redes vinculares”, “redes de apoyo”, “redes de referencia”, logrando de esta manera no encasillar a la responsabilización de los cuidados sobre la familia, que en definitiva termina resumiendo en las mujeres. A su vez el concepto de familia, por las nuevas configuraciones y cambios que ha tenido en los últimos años, puede generar incomodidad en su uso, al considerar que muchas personas tienen dentro de sus redes de apoyo a amigos, vecinos, que no responden específicamente a una relación basada en lazos sanguíneos, sino más bien a una basada en el bienestar y cuidado mutuo.

Otra de las estrategias planteadas por las colegas es la ampliación de la red desde la primera entrevista, problematizando junto a los referentes la complejidad que puede presentar la gestión de los cuidados y la importancia de su presencia en los mismos, haciendo hincapié en que si la red se resume a una sola persona, lo más probable es que esto fracase. En esta estrategia toma suma importancia la territorialización de la mirada para poder reconocer la diversidad de redes que tenemos presente en cada usuaria, pero también para tener en cuenta que cada persona tiene derecho a elegir si quiere o no cuidar. Esta reflexión tiene que ver con que las entrevistadas se plantean en muchas ocasiones que hay vínculos (sobre todo en aquellos de lazos sanguíneos) que no están dados, que están

atravesados por violencia, o situaciones complejas, y en donde no se puede forzar a otro a cuidar simplemente por el vínculo existente.

Volviendo a la idea de la preocupación de las trabajadoras sociales ante la ausencia de una red ampliada o rotante de cuidadores, que se ha reducido en la presencia de las mujeres, en dos áreas (nefrología y terapia intensiva) se han creado talleres para trabajar con los referentes. Por un lado esto demuestra la gran importancia que tienen las redes vinculares durante todos los procesos dados en las instituciones de salud, pero también refleja la preocupación existente por las consecuencias que conllevan las tareas de cuidado. Estrés, inicios en el consumo problemático, ausencia a controles o tratamientos, son algunas de las problemáticas presentes que notan las colegas que atraviesan los referentes.

Ahora bien las estrategias que llevan a cabo las trabajadoras sociales en búsqueda de una justa distribución de los cuidados, no resultan suficientes por dos motivos: uno por la presencia del MMH, que en muchos casos persiste en la atención basada en la patología, dejando por fuera todo el contexto que hace a la misma (por ejemplo a la importancia de los referentes del usuario) y a su vez por la poca formación en perspectiva de género dentro de los distintos grupos de profesionales, debido a la no obligatoriedad de la misma. Por otro lado, la falta de respuestas o iniciativa de la institución de salud en presentar nuevas normativas, en generar espacios de cuidado para los usuarios, entre otras hacen que las estrategias caigan en la responsabilidad de aquellos trabajadores interesados en la temática. De esta manera damos paso al objetivo de relevar los discursos que circulan en los plexos normativos e institucionales vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del proceso salud-enfermedad-atención- cuidados de los usuarios.

Lo cierto es que al preguntar durante las entrevistas si conocen leyes/reglamentaciones que tengan que ver con los cuidados, ha existido un acuerdo por una respuesta negativa. Se puede observar que sí existen talleres, o actividades propuestas por distintos equipos de trabajo o también estrategias sobre la importancia de la justa distribución de las tareas de

cuidado, pero no representan una normativa a cumplir propuesta por la institución de salud. Como he mencionado en el capítulo cuatro, existe el Programa de Acompañantes Hospitalarios de Niñeces y Adolescencias creado muy recientemente en el año 2023, en la Provincia de Buenos Aires y que es parte del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorino Tetamanti”, ubicado en Mar del Plata que demuestra la importancia que tiene la red durante el paso por una institución de salud.

En forma de síntesis podemos decir que la "feminización de los cuidados" es una construcción social arraigada en el patriarcado, que nos asigna a las mujeres los trabajos de cuidado como algo "natural" a nuestro género. La estructura actual del Diamante del Cuidado, no hace más que ponernos en el foco, entendiendo que desde el Estado no se asumen las responsabilidades necesarias para reconocer al trabajo de cuidados como un trabajo que debe ser remunerado y considerado necesario para la sostenibilidad de vida; y por otro lado y a su vez desde el mercado las opciones para acceder a los cuidados son a través de otras mujeres que trabajan por lo general en condiciones precarias, y de manera informal.

En el campo de la salud, en este sentido resulta ser un terreno de lucha en búsqueda de nuevas conquistas. El MMH caracterizado por el biologismo, la a-sociabilidad y la individualización de la enfermedad, sigue reduciendo la complejidad de la salud a indicadores biológicos y excluye factores sociales. A su vez aparece otro “ring de pelea” que tiene que ver con la formación en perspectiva de género en este campo, siendo que todas las capacitaciones en género, diversidad y derechos humanos son mayormente voluntarias, generando una falta de interés en otras profesiones (especialmente la medicina) y dando lugar a la reproducción de discursos patriarcales. Los testimonios de las trabajadoras sociales revelan de esta manera, la persistencia de expectativas tradicionales sobre el rol de la mujer en los cuidados y la falta de conocimiento sobre leyes fundamentales (ej. Ley de Identidad de Género, Derechos del Paciente).

En fin, esta tesis me ha dejado como premisa principal que los roles que se atribuyen a los géneros no dependen de determinismos biológicos, sino meramente de representaciones sociales que se han construido durante muchos años, intentando hacernos creer que todo tiene que ver con lo innato. De esta manera comprendo que si las salas de ginecología están llenas de mujeres esperando por su consulta o chequeo anual, pero las salas de urología están vacías, si al lado de las camas de terapia intensiva hay mujeres cuidando, pero las camas las ocupan los hombres, si las profesiones que tienen que ver con los cuidados las ocupan mayormente las mujeres, sí siempre que hablamos de los cuidados aparecen las mujeres, entonces estamos ante una feminización de los mismos.

Esta reflexión final desprende conclusiones que abren la puerta a nuevas investigaciones posibles, como son: ¿cuál es la relación entre los hombres y las instituciones de salud? ¿Cómo se desenvuelven los cuidados en las disidencias? ¿Cómo son las experiencias de las propias cuidadoras, reconocen la existencia de una feminización de los cuidados?

En búsqueda de un Sistema Integral de Cuidados ¿que podemos hacer?

A modo de cierre es interesante poder pensar la estrecha relación que guarda la investigación y la intervención. Esta relación presenta algunos debates al interior de nuestra profesión ya que en muchas ocasiones se ve a la investigación como algo difícil de alcanzar en algunas instituciones por el carácter burocrático que muchas veces presentan las reglamentaciones del método científico. A su vez el Trabajo Social, siempre estuvo relacionado intrínsecamente a lo “práctico”, marcando de esta manera una gran grieta entre quienes deciden investigar y quiénes deciden intervenir trabajando en instituciones. Lo cierto es que la investigación y la intervención se retroalimentan de manera mutua, en términos de que la investigación pretende ampliar y generar nuevas teorías y conocimientos, y a su vez desde la intervención aparecen nuevas demandas y problemáticas que son parte de estas investigaciones, pero a su vez como afirman Muñoz-Arce; Hernández-Mary y Véliz-Bustamante (2017)

los trabajadores sociales pueden proponer, diseñar, gestionar e implementar procesos de intervención; y es a partir de esas experiencias de intervención que pueden también aportar a la retroalimentación de los marcos teóricos existentes o a la creación de nuevas categorías conceptuales (p.8).

Esto quiere decir que desde los procesos de intervención y las experiencias propias como es el caso de mi experiencia obtenida en las prácticas de formación profesional supervisada, se puede aportar a la creación de nuevas teorías y a su vez a repensar nuestras intervenciones, tal como prevé la sistematización de las intervenciones sociales como forma de producir conocimiento en sentido no positivista y, a la vez, de brindar aportes para la propia intervención. Por tal motivo además de cumplir con los objetivos propuestos, esta investigación pretende romper con la grieta existente entre investigación e intervención, entendiendo que la misma es una relación basada en la retroalimentación. Al fin y al cabo la investigación nos permitirá transformar, y para transformar debemos intervenir.

Dicho esto y a modo de cierre propongo el siguiente “kit de herramientas” para seguir trabajando desde nuestras intervenciones en la búsqueda de un Sistema Integral de Cuidados. El mismo no pretende ser una lista de recomendaciones a seguir a modo de soluciones recetarias sino una serie de aportes que surgen de la propia investigación en los diálogos y reflexiones que la misma me ha posibilitado:

1. Trabajar sobre la erradicación de ideas que ponen como principal cuidadora a la mujer, es decir trabajar sobre los discursos existentes que reproducen la idea de ver al cuidado como algo natural o innato de las mujeres.
2. Comunicar/visibilizar en espacios públicos como: salas de espera, paradas de colectivo, folletos, imágenes o vídeos informativos sobre la desigualdad de género existente en la división de tareas de cuidado.

3. Compartir información sobre las leyes existentes que refieren a los cuidados. Por ejemplo: hay muchas personas sobre todo en casos de explotación o precarización laboral que no conocen sus derechos en cuanto a las licencias por maternidad y paternidad, que aun siendo insuficientes para la gran demanda, son necesarias y permiten denunciar en aquellos casos donde no se cumpla.
4. Realizar investigaciones que funcionen como demostración de la importancia que asumen los cuidados para el bienestar social.
5. Realizar investigaciones que den cuenta de la injusta distribución de las tareas de cuidado entre mujeres y varones, permitiendo visibilizar que la misma resulta una violencia hacia las mujeres. Incorporar y visibilizar qué lugar ocupan las disidencias dentro de la distribución de los cuidados.
6. Transformar desde adentro. Meterse, molestar, interrumpir sobre todo en aquellos lugares donde parece que todo está dado y es imposible de modificar (un gran ejemplo de esto son las instituciones de salud y la justicia)
7. Tomar el compromiso como Trabajadoras/es Sociales de problematizar la feminización de los cuidados en nuestras intervenciones.
8. Hacer uso de nuestras incumbencias y pensar proyectos de intervención, políticas institucionales así como nuevas políticas sociales con perspectiva de género.
10. Ubicar a la perspectiva de género como una política sanitaria obligatoria para asegurar una atención integral y con enfoque de derechos.
11. Realizar investigaciones sobre la relación de las instituciones de salud, y los hombres, comprendiendo la importancia que tienen en esta los mandatos de masculinidad.
12. Realizar investigaciones que comprendan las voces de las referentas de cuidados.
13. Cuestionarlo todo.

En forma de síntesis, considero que este estudio ofrece una valiosa contribución al campo de las ciencias sociales y la salud, al desvelar las intrincadas redes discursivas que dan forma a los cuidados en el ámbito hospitalario desde la perspectiva de los trabajadores sociales. Los hallazgos subrayan la necesidad de continuar investigando las implicaciones de estas configuraciones discursivas para la mejora de las políticas de salud, la formación profesional y la calidad del cuidado ofrecido a los usuarios y sus familias. Por último considero que esta investigación demuestra que la feminización de los cuidados en el área de la salud es existente, y comprende una vulneración de derechos hacia las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Acosta, J, E y Rojas C, A (2015) Fortalecimiento de la red vincular como estrategia para la convivencia. Tesis de grado Universidad de Nariño, San Juan de Pasto, Colombia.
- Aguirre, R., K. Batthyány, N. Genta y V. Perrotta (2014), Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay, Íconos. Revista de Ciencias Sociales, 50, 43-60.
- Arriagada, Irma (2004) Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas Papeles de Población, vol. 10, núm. 40, abril-junio pp. 71-95 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
- Arpini, P; Castrogiovanni, N y Epstein, M (2012) La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer. Aportes para el Debate en Trabajo Social. Margen n66
- Austin, J. (1992) "Cómo hacer cosas con palabras". Ed. Paidós. Madrid, España.
- Batthyány, K.; Genta, N. y Perrotta, V. (2015). Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados. Análisis de las licencias parentales en el Uruguay. CEPAL, Serie Asuntos de Género, Santiago de Chile.
- Batthyány, K. (2021) Políticas del cuidado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO ; México DF: Casa

Abierta al Tiempo, 2021.

- Batthyany, K. (Coord.) (2020). Miradas latinoamericanas a los cuidados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

CLACSO; México DF: Siglo XXI, 2020.

- Batthyany, K. y Cabrera, M. (coord.) (2011) “Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial”. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Breilh, J. (2003). Epidemiología: economía, política y salud. Quito: Ediciones OPS/OMS.
- Breilh, J. (2010). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública.
- Carrasco, C., C. Borderías y T. Torns (2011), “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”, en C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.), El trabajo de cuidados: historia, teorías y política, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- Calsamiglia y Tuson (1999) “Las cosas del decir: manual de análisis del discurso”.
- Cerro, J y Mari, S (2022) Política de transferencia condicionada de ingreso, género y trabajo de cuidado en Argentina y Brasil : similitudes, diferencias y percepciones desde las voces de las mujeres madres. Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Charaudeau, P. (2003). El discurso de la información. Barcelona: Gedisa.
- Corbetta, P. (2007) “Metodología y Técnicas de Investigación Social”. Primera edición en español por McGraw- Hill/Interamericana de España, S. A. U
- Crenshaw, K. W. (1991) “Mapping the Margins: Intersectionality, Politics ans Violence against Women of Color.” Traducción disponible en Platero, R. (2012)

“Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada”. Ed. Bellaterra. Madrid, España.

- Cutuli Romina, Camou Rosario, Colombo Antonella y Vinitzky Marianella (2021) Amor, trabajo y protección social. Una aproximación al cuidado no remunerado de personas mayores en la ciudad de Mar del Plata, Argentina.
- Cutuli, Romina y Savino, Eugenia Clara. (2024). Esenciales y desprotegidas. Situación laboral de cuidadoras de personas mayores en casas particulares en pospandemia en Mar del Plata, Argentina. Revista Ciencias y Humanidades, 18(1), 138-167.
- De Oto, A. y Alvarado, M. (edits.) (2017) “Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana”. Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Díaz, CA, (2020) Código genético del cuidado progresivo hospitalario. Tomado de <https://saludbydiaz.com/2020/12/05/codigo-genetico-del-cuidado-progresivo-hospitalario/>
- Díaz, CA, (2020). Gestión hospitalaria por cuidado progresivo 2 Tomado de <https://saludbydiaz.com/2021/05/17/gestion-hospitalaria-por-cuidado-progresivo-2/>
- Durán, M. A (2000). Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Referencias 106. Revista de Ciencias Sociales. Número monográfico: Desigualdades sociales de género. Montevideo: fcu.
- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Fundación Avon para las mujeres, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (2023): Cadenas invisibles: Un análisis de las manifestaciones e impacto de la violencia económica en la vida de las mujeres.

- ELA & UNICEF (2024). “Adolescentes que cuidan: un trabajo invisible que moldea el presente y condiciona el futuro”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Faur, E. y Jelin, E; (2013) Cuidado, género y bienestar: una perspectiva de la desigualdad social; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Plan Fénix; Voces en el Fénix; 23; 4-2013; 110-116
- Foucault, M. (1992) “El orden del discurso”. Ed. La Piqueta. Madrid, España.
- Gavriła, C. y Cuenca, A. (2022). Representaciones sociales sobre la feminización de los cuidados en enfermería. Cuadernos De H Ideas, 16(16), e061. <https://doi.org/10.24215/23139048e061>
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). “The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research”. Ed. Aldine de Gruyter. Nueva York, EE.UU
- Resolución 1480/2011 “Guía para Investigaciones con Seres Humanos”. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-1872-06/actualizacion>
- Hochschild, A. (2008), La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo, Madrid, Katz
- Ierullo, M (2022) Cuidados y Trabajo Social: politizar el concepto, territorializar la mirada y desmoralizar la intervención. Año 12 - Nro. 24 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Artículos Centrales
- Lagarde, M. (1996): “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España, pp. 13-38.

- Lopez Arellano, O (2008) Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. Revista Medicina Social, volumen 3, número 4.
- Makcimovich, L (2017) Aportes de los Feminismos Descoloniales para la construcción de una perspectiva de género en el Trabajo Social. Voces Emergentes 1, pp. 24
- Menéndez, EL, (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva , 1 (1), 9-32.
- Menéndez, E. L. (1985) "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". Cuadernos Médicos Sociales N° 33. Rosario, Argentina.
- Menéndez, E (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil
- Menéndez, E. L. (2020) "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias." Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Lanús, Argentina.
- Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado (2020) "Hablemos de cuidados: Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de género. Presidencia de la Nación. Argentina.
- Meschini, P. (2018) Sistematización de la intervención en trabajo social. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2018. 112.

- Meschini, P. y Dahul, M.L. (2017). La sistematización de la intervención en lo social: Aportes del pensamiento descolonial a la producción de conocimiento en Trabajo Social. En Hermida, M.E y Meschini, P (2018) Trabajo Social y Descolonialidad. Mar del Plata: Editorial EUEDEM.
- Meschini, Paula y Hermida, Maria Eugenia. (2016). Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales. Revista Cátedra Paralela N° 13, pp. 35-58. ISSN 1669-8843
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. En: Anuario de Investigaciones, vol.XXI. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) Estrategias para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España
- MOSCOVICI, S. (1993). Psicología Social II. España: Ediciones Paidós.
- Nieto, M (2017) Sobre el concepto de cercanía óptima. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, ISSN-e 0327-7585, N°. 84.
- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista De La Facultad De Derecho De México*, 68(272-2), 717–742. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>
- Parodi, R y Tzeiman, A (2022) compiladores “Álvaro García Linera: Para lxs que vendrán: crítica y revolución en el siglo XXI: selección de conferencias, artículos y entrevistas, 2010-2021” 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini

- Perez Orozco, A (2006) “La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico” Departamento de Economía Aplicada I (Internacional y Desarrollo), Universidad Complutense de Madrid.
- Perez Orozco, A (2012) “Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida” en Investigaciones Feministas, ISSN 2171-6080, N°. 2, págs. 29-53
- Ripamonti, P. (2017) “Investigar a través de narrativas. Notas epistémico-metodológicas.” En Alvarado, M. y
- De Oto, A y Alvarado, M. (2017) “Metodologías en contexto: intervenciones en perspectiva feminista, poscolonial, latinoamericana.” Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Rey, A y Stradella, V (en prensa) Cruces entre intervención y giro afectivo: conmovearse en las prácticas. En Hermida, Maria Eugenia y Campana Melisa (EDS) (en prensa). Feminismos, giro afectivo y pensar situado: aproximaciones desde la formación, la investigación y la intervención en Trabajo Social. La Hendija Ediciones
- Rey Ailén Estefania UNMDP (2023) "*Nada como una madre*" *Análisis de políticas sociales en torno a los cuidados, en Argentina*. Muñoz, Paloma y Failla, Sebastián -Compiladorxs- (2024) *Democracias, memorias y resistencias por venir. Actas de las III Jornadas Internacionales de Filosofía y Ciencias Sociales*. Mar del Plata: UNMdP. ISBN 978-987-811-164-3. Link de descarga del pdf completo: https://www.aadiebares.com.ar/pdf/Munoz-Failla_Comp_Actas%20de%20las%20III%20JIFyCS_MdP2023.pdf
- Rodríguez Enríquez, C (2007) Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En Girón, A y Correa, E (2007). Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente. CLACSO, Buenos Aires.

- Rodríguez-Enríquez, C. (2015), "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad", Nueva Sociedad, 256
- Rodriguez Enriquez, C y Marzonetto, G (2015) Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015) ISSN 185
- Rodriguez, R y Da Costa, S (2020) Descolonizar las herramientas metodológicas. Una experiencia de investigación feminista. MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. VI / N° 11 / septiembre 2019 - febrero 2020. ISSN: 2362-616x. (pp. 13-30). SIPUC. FCPyS. UNCuyo. Mendoza
- Schiavone, MA., Mazza, P. y Cordero, L. Internación por cuidados progresivos: propuesta metodológica par)a su implementación en un hospital general de agudos Disponible en <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8023>
- Sierra, N (2021) El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas. Debate Público. Año 11.No.21.Págs 161-173.
- Sierra, N (2023) El acompañamiento institucional, la (des)confianza y el Trabajo Social. Algunas notas para pensar su vinculación. Año 13 - Nro. 25 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Artículos Centrales
- Sosa, R. (2015) "Políticas de conciliación entre familia y trabajo en Argentina. A propósito de las representaciones sociales de la(s) masculinidad(es)". Revista Perspectivas de Políticas Públicas, Año 4, N° 8. Universidad Nacional de Lanús. Lanús, Argentina.
- Stecher, A. (2010) El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. Discusiones desde América Latina Universitas Psychologica, vol. 9, núm.1 pp. 93-107 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

- Stolkiner, A. (2003) “El concepto de salud de la OMS”. Clase teórica N° 4 cátedra II de Salud Pública/Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
- Stolkiner, A ; Ardila Gómez (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas; Polemos; Vertex; 23; 101; 1-2012; 57-67
- Vasilachis de Gialdino, I (coord.) (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa Barcelona:España
- Venturiello, M.P. (2019) Tensiones familiares y respuestas públicas ante el cuidado de adultos dependientes. En Guerrero, N; Ramacciotti, K. y Zangaro, M. “Los derroteros del cuidado”. Ed: UNQ, Quilmes
- Zibecchi, C. (2014). ¿Cómo se cuida en Argentina?: definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género – ELA

Ailén Possamay nació en Junín de los Andes, Patagonia Argentina.

Estudió y se formó en Buenos Aires, en la Licenciatura en Artes Visuales con orientación en Grabado y Arte Impreso de la Universidad Nacional de las Artes. Durante 2014 y 2015 formó parte del colectivo de arte “Abriendo Puertas”, que expone y dicta clases abiertas y talleres de distintas disciplinas artísticas en espacios por fuera del circuito tradicional del arte (escuelas, institutos de menores, espacios públicos, etc).

En 2018 y 2019 trabajo con el colectivo de periodismo performático “Surdelta” – un proyecto que une periodismo y arte urbano para apropiarse del discurso público, utilizando las redes como las calles- dictando talleres de estencil y haciendo distintas intervenciones de arte urbano para fechas específicas de la agenda de los movimientos sociales y feministas.

Desde 2017 se encuentra llevando adelante un proyecto de murales-estencil que trata sobre el trabajo doméstico que realizan mayormente las mujeres y que es histórica y sistemáticamente invisibilizado y naturalizado. Proyecto que tomó gran difusión en las redes y con el cual viajó en febrero del 2019 a Concepción, Chile, para llevar adelante la itinerancia artística “Ancestras del Futuro”. Y en junio de 2019 a México, para la realización de murales y talleres de estencil, en el programa “Politicemos el cuidado” de OXFAM México, en Hidalgo, Chiapas y Guadalajara.

Hasta la fecha lleva realizados más de 40 murales, repartidos por distintos lugares de Argentina, Chile y México.

Desde 2022 colabora con Arte Callejero Latinoamérica (ACL), un proyecto de registro y difusión de muralismo, graffiti, stencils, carteles y stickers.

Conformado por un grupo de artistas y colaboradores que a través de eventos culturales y medios digitales busca dar a conocer manifestaciones visuales y pensamiento de las personas que intervienen en las calles de Latinoamérica. Los últimos eventos realizados fueron el Encuentro Federal de ACL “Mar del

PasteUp” en la ciudad de Mar del Plata en noviembre del 2022, y el Festival ACL 20 Años junto al Museo Comunitario de Isla Maciel, en Avellaneda en septiembre de 2023.

Actualmente reside en Junín de los Andes, es parte del equipo de comunicación de la Secretaría de las Culturas del Municipio, docente de artística en escuelas secundarias y tiene su taller de serigrafía.

CONCURSOS Y PREMIOS:

- Ganadora Beca de Exploración Narrativa Imaginar La Dignidad, del Inspiratorio de Fundación Puentes. Mayo 2024
- Seleccionada en "Juntas Hacemos Más", festival de Arte Urbano en León, Guanajuato, México. Abril 2024
- Declarada Personalidad Destacada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de la Cultura – DECLARACIÓN 603/2023 - Octubre de 2023.
- Seleccionada en Este es mi Barrio, encuentro de muralismo en la Villa 21-24/ Zavaleta. Noviembre 2022
- Ganadora en Concurso Nacional de Muralismo “RAMÓN CARRILLO” de los Ministerios de Salud y de Cultura de la Nación. Agosto 2022
- Ganadora junto a la organización ICW Argentina de la Convocatoria de murales de la Alianza Mundial Contra el Estigma y la Discriminación Asociadas al VIH. Diciembre 2022
- Seleccionada en Novena edición de Arte más Arte – Encuentro de muralistas de la ciudad de Zapala, Neuquén. Abril 2021
- Seleccionada en el el programa Muralismo Colectivo de Arte Más Arte y del Min. de las Culturas de Nqn. Marzo 2021

EXPOSICIONES:

- SOSTENERSE - Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. C.A.B.A. Septiembre-Diciembre 2024.
- EL HOGAR Y LOS CUIDADOS – Exposición virtual de la Biblioteca Digital de la Suprema Corte de Justicia Mexicana. Mayo y junio 2024.
- MUJERES NUESTRAS – De Fundación Éforo, en Sala Aljaba del Centro Creativo El Obrador. Marzo-Mayo 2024.
- HUELGA DE INQUILINXS - en Tripas Corazón, vidriera-galería y tienda de arte en San Telmo, C.A.B.A, Diciembre 2023, enero y febrero 2024.
- CARTELES EN LUCHA – Festival ACL 20 Años. Museo Comunitario Isla Maciel. Avellaneda, Prov. de Buenos Aires. Septiembre 2023
- UN ENCUENTRO EN EL ARTE Y LA POLÍTICA, HOMENAJE A LA SERIGRAFÍA en Tripas Corazón, vidriera-galería y tienda de arte en San Telmo, C.A.B.A, Julio-Agosto 2023.
- PLURAL IV - Encuentro de Arte Colectivo del colectivo ISMO en el edificio cuatro columnas del espacio de memoria y derechos humanos (Ex – Esma), C.A.B.A, octubre 2022.
- RESONANDO – PossaCalle. Exposición junto a Marian Calle en la galería de arte callejero Hollywood in Cambodia, Palermo, C.A.B.A. mayo-junio 2022.
- LAS OLAS DEL DESEO – Feminismos, diversidades y cultura visual 2010-2020+. Casa Nacional del Bicentenario, C.A.B.A. De marzo a septiembre 2022.
- PLURAL III – Encuentro de Arte Colectivo del colectivo ISMO en el edificio cuatro columnas del espacio de memoria y derechos humanos (Ex – Esma), C.A.B.A, Diciembre 2021.
- Fotocopias - Día Internacional de la eliminación de las violencias contra las mujeres. Organizada por el Departamento de Ideas Visuales y Espacio de Géneros del Centro Cultural de la Cooperación Floreal

Gorini. C.A.B.A, Noviembre 2021.

- Día Laborable: Colección número 9. Del proyecto Pequeñas Colecciones del espacio cultural Chacra de los Remedios, Parque Avellaneda, C.A.B.A. Muestra virtual, Agosto 2021.
- PLURAL II - Encuentro de Arte Colectivo del colectivo ISMO. Muestra virtual, diciembre 2020.
- I Exhibición de Afiches Antiimperialistas, muestra dentro de la Jornada Internacional de la Lucha Antiimperialista del Instituto Tricontinental de Investigación Social. Muestra virtual, Junio 2020.
- Políticas del Deseo – Para todes tode, Curada por Kekena Corvalan. En el Centro Cultural Kirchner, CABA, marzo 2020.
- Esténcil Latinoamerica – Un recorrido por los últimos 20 años del esténcil latinoamericano. Muestra de Arte Callejero Latinoamerica (ACL) en HIC – Hollywood in Cambodia. CABA, septiembre 2019.
- Intervenciones, muestra del colectivo Surdelta y Revista Anfibia en Casa Cultural Sofía, CABA, septiembre 2018.



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

COMITÉ ACREDITADO EN EL C.E.C. Ministerio Salud Pcia. Bs. As
029/2010 folio 76 libro 1 01-04-2011. Re acreditación vigente

PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "Feminización de los cuidados: un primer acercamiento desde los discursos en los trabajadores sociales del Hospital Interzonal General de Agudos"

NOMBRE INSTITUCIÓN SEDE DE LA INVESTIGACIÓN: Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "Oscar Alende" de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

NOMBRE DE INSTITUCIÓN PATROCINADORA: No existe institución patrocinadora en este caso.

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Investigadora principal: **Rey Ailen Estefanía.**

DOCUMENTOS ANALIZADOS:

- Nota de aprobación del proyecto de investigación del Comité de Docencia e Investigación del Hospital, en cuanto a los aspectos científicos y metodológicos, fechada el 3 de junio de 2024, firmada por el Dr. Ralph Vargas Martínez, enviada al correo institucional del Comité de Bioética HIEMI-HIGA.
- Protocolo de investigación recibido en su versión final el día 17 de agosto de 2024.
- Hoja de Información al Participante y Consentimiento Informado, recibido en versión final el día 17 de agosto de 2024.

-CV de investigadores principales.



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN:

El proyecto tiene el objetivo de "Analizar las configuraciones discursivas en torno a los cuidados en los trabajadores sociales participantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado del Hospital Interzonal General de Agudos".

Se destaca en su fundamentación el origen de la inquietud que motiva abordar dicha temática en formato de proyecto de investigación: "El estudio parte de recuperar mi participación en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA) de General Pueyrredon en el marco de la realización de mi práctica institucional supervisada. En la misma observé que la mayoría de las personas que asisten al HIGA, ya sea como pacientes o como acompañantes, son mujeres, lo que me llevó a hacerme varias preguntas. Entre ellas: ¿por qué los hombres concurren con menor frecuencia a los hospitales? ¿Por qué en cada entrevista realizada siempre aparecen como red de apoyo las mujeres: una madre, hermana, tía, pareja? ¿Cuál es la relación que guarda la histórica feminización de los cuidados con la salud y las redes de apoyo? Ligado a estas preguntas es que surge mi interés por saber cómo los discursos de los trabajadores sociales interactúan con estas preguntas, ya que la feminización de los cuidados termina siendo un problema al expresarse como una desigualdad sexo-genérica. En esta investigación se intenta dar a conocer la existencia de la feminización de los cuidados, explorar cuáles son los discursos/imaginarios que circulan en los trabajadores sociales respecto a esto, y cómo pueden verse afectadas las propias intervenciones a través de ellos."

A su vez, y como un aporte desde el propio proceso a las/los trabajadoras/es entrevistadas/os, la investigadora "espera que los trabajadores sociales entrevistados puedan obtener beneficios en sus futuras intervenciones, a partir de repensar durante el proceso de entrevistas los imaginarios sociales existentes, y los discursos y prácticas dadas, pudiendo así considerar distintas estrategias."

En cuanto al tipo de estudio, el proyecto de investigación expresa que "la estrategia metodológica es cualitativa, proponiendo hacer uso de técnicas como las entrevistas semiestructuradas, construcción de narrativas y observaciones participantes y la recuperación de notas de campo propias del proceso de práctica institucional supervisada en curso durante 2022, en diálogo con los aportes de la sistematización de intervenciones sociales. El análisis de los datos se hace siguiendo los aportes de la teoría fundamentada."



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

Se señala que se protegerá la identidad de las/los trabajadoras/es entrevistadas/os, explicitándose de esta manera: "En cuanto a la **privacidad y confidencialidad** de las entrevistadas se deja constancia de que la información permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona. Secodificarán las transcripciones de las entrevistas, es decir que a las entrevistadas se les asignará un número (entrevistada 1,2,3, etcetera) de tal forma que no será posible identificar su identidad".

Con respecto a la población invitada a participar, "se circunscribe al equipo de trabajadores sociales del Hospital Interzonal General de Agudos, de las áreas: unidad de terapia intensiva, clínica, infectología, nefrología y neumonología".

Se trata de una investigación de riesgo mínimo, y presenta mayores beneficios por sobre los perjuicios. El proyecto analizado se ajusta en general a los aspectos éticos evaluados por el CB para su dictamen favorable.

FUNDAMENTACIÓN:

Luego de un análisis pormenorizado del protocolo de investigación puesto a consideración, por parte de los evaluadores preliminares, desde los parámetros adecuados al mismo y a su tipo de metodología, basados en el PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR, este Comité de Bioética **aprueba su implementación en la reunión ordinaria de fecha 27 de agosto de 2024, en que estuvieron presentes: Marianela Balanesi, Marcela Bernal, Javier Champredonde, Marcela Artero, Patricia Rodríguez Montecinos, Adriana Jaluf y María Estrella Giménez, mediante el quórum y la mayoría reglamentaria, con las cuestiones a ampliar por la investigadora responsable bajo su responsabilidad y bajo apercibimiento de la suspensión del estudio,** en base a la siguiente fundamentación:

En primer lugar, consideramos que la investigadora principal (tesista de grado acompañada por la supervisión en el proceso de la directora y co-directora de la tesis y con una referente institucional que resulta ser la Jefa del Servicio Social de la institución sede) tiene **idoneidad** suficiente (en cuanto a competencia y calificación adecuada) para llevar adelante este protocolo, en base al análisis de su CV adjuntado por la misma.

En segundo lugar, para fundamentar nuestro dictamen, daremos cumplimiento a cada uno de los ítems establecidos por la **resolución del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires ACTA-2022-07215799-GDEBA-CECMSALGP del 15-3-2022** (sobre "ALCANCES Y CONTENIDOS DE LOS DICTAMENES APROBATORIOS EN ESTUDIOS



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

OBSERVACIONALES Y DE RIESGO MÍNIMO o RIESGO NULO”):

***Este Comité de Bioética adhiere a la Declaración Helsinki**, última versión (de Fortaleza 2013).

***La investigación se trata de un estudio cuantitativo descriptivo y un diseño no experimental**

***Objetivo general:** Analizar las configuraciones discursivas en torno a los cuidados en los trabajadores sociales participantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado del Hospital Interzonal General de Agudos

***Objetivos específicos:**

- Relevar los discursos que circulan en los plexos normativos e institucionales vinculados a los procesos de acompañamiento y cuidado del proceso salud-enfermedad-atención- cuidados de los usuarios.
- Describir las singularidades que suponen los cuidados en las áreas de nefrología, terapia intensiva, neumonología y clínica.
- Registrar los discursos que construyen los trabajadores sociales en torno a la organización, gestión y responsabilización de las estrategias de cuidado vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención- cuidados de los usuarios.

***Población incluida:** equipo de trabajadores sociales del Hospital Interzonal General de Agudos, de las áreas: unidad de terapia intensiva, clínica, infectología, nefrología y neumonología.

***En cuanto a los riesgos de la investigación:** se evalúa que es **de riesgo mínimo**, ya que trabajan sobre datos identificados que el propio equipo de investigación desvinculará de los participantes para su publicación. Si bien los trabajadores son entrevistados con respecto a su labor, la investigación no los consulta sobre aspectos vinculados a sus condiciones de trabajo o vínculo con la institución, sino a marcos de análisis desde donde observan e interpretan la realidad en la cual intervienen, no observándose aspectos de posibles conflictos con la institución en la cual se desempeñan.



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

*Con respecto a los **beneficios de la investigación**: consideramos que tiene valor social y comunitario, teniendo en cuenta que puede favorecer una revisión crítica por parte de las/los profesionales sobre las intervenciones vinculadas a las labores de cuidado que, en un futuro, puedan propiciar el diseño de nuevas propuestas de intervención en el marco del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

***En cuanto a las observaciones realizadas por el Comité** fueron cumplimentadas por la investigadora principal, consistentes en:

- Ampliación de la fundamentación del trabajo incorporando claramente el planteamiento del problema.

- - Explicitación de aplicación de aspectos éticos contemplados respecto a la desvinculación de las/los entrevistados respecto a sus respuestas ante quienes tengan acceso a la lectura de la tesis.

- Incorporación del instrumento de recolección de datos (entrevista semi estructurada).

- Hoja de Información al Participante y Consentimiento Informado. Fueron modificados, en relación a su versión original incorporando explícitamente el carácter de la invitación a participar (entrevistado/a), la solicitud de autorización para grabar la entrevista y el compromiso de desvincular la respuesta del/la entrevistado/a en el marco de trabajo escrito a ser presentado; así como la mención a la referente institucional a la cual se pueden dirigir las personas invitadas a participar ante una duda o consulta.

Se deja constancia que dado el amplio valor social, comunitario, para la ciencia y para los participantes, y el riesgo mínimo implicado para la población incluida, es que aprobamos este proyecto.

NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN TENIDA EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO:

Se ha analizado el cumplimiento de: la Declaración Helsinki versión actualizada (Fortaleza 2013), Pautas CIOMS (en sus distintas versiones y en especial última versión 2016), Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GCP), Conferencia de Armonización, las Declaraciones Universales e Internacionales UNESCO aplicables a la investigación biomédica, Declaraciones y Pactos de jerarquía constitucional (art.75 inc.22 CN), las prescripciones del Código Civil y Comercial de la Nación vigente, de la ley de la Provincia de Buenos Aires 15462, las disposiciones administrativas vigentes dictadas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aplicables al caso en materia



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

de ética de investigación, la resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación y las disposiciones dispuestas por el Comité de Ética Central (C:E.C.) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

También, se han cumplimentado las siguientes resoluciones aplicables de acuerdo al tipo de estudio analizado: **Resolución del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires ACTA-2022-07215799-GDEBA-CECMSALGP del 15-3-2022** (sobre "ALCANCES Y CONTENIDOS DE LOS DICTAMENES APROBATORIOS EN ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y DE RIESGO MÍNIMO o RIESGO NULO") y **Resolución del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires ACTA-2021-30624965- GDEBA-CECMSALGP del 23-11-2021** (GUÍA PARA INVESTIGACIONES SOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICAS).

DECLARACIÓN DE DECISIÓN TOMADA: DICTAMEN APROBADO

Monitoreo, resultados finales y obligaciones post investigación: Se solicita a la investigadora principal que presente informes semestrales acerca del avance de la investigación a los fines del monitoreo por parte del comité de bioética e informe acerca de los resultados finales. También deberá garantizar el acceso del resultado de la investigación a los participantes, respetando su autonomía progresiva, así como también deberá beneficiarlos con dichos resultados o tratamientos como obligaciones post investigación.

Vigencia del dictamen aprobatorio: Por otra parte, se informa lo siguiente, (de conformidad a la Resolución del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires ACTA-2022-07215799-GDEBA-CECMSALGP del 15-3-2022): **que la aprobación de este protocolo tiene una fecha de duración de 2 años a partir del presente dictamen. Luego de vencido dicho año deberá ser renovada la solicitud de aprobación, por el mismo procedimiento que motiva este dictamen.** Para su mejor información, se transcribe la parte pertinente de la resolución indicada: (...) *"Es imprescindible consignar período de validez de la aprobación, y los procedimientos para renovar la aprobación al finalizar ese período, la notificación de finalización del estudio y la presentación de informes de avance o finales, todo ello conforme lo requiera los POES del Comité. Es necesario explicitar las responsabilidades que debe cumplir el solicitante, en relación al CEI, luego de la aprobación del protocolo: a) el compromiso de presentación de informes de avances y/o final según POES del Comité Institucional b) la necesidad de solicitar evaluación del CEI en caso de modificaciones del material destinado a los participantes o el formulario de consentimiento informado como así también las posibles modificaciones al protocolo; c)*



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" Hospital
Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

una constancia que informe al equipo de investigación que queda obligado al cumplimiento de los POES; d) el cumplimiento de cualquier obligación que haya determinado el CEI en aprobaciones condicionadas.(...)"

FECHA Y LUGAR DE DECISIÓN: Mar del Plata, 17 de agosto del año 2024.

**ESP.ABOG.MARCELA PAULINA BERNAL
COORDINADORA
SUPLENTE
COMITÉ DE BIOÉTICA CONJUNTO
HOSPITALES INTERZONALES MATERNO INFANTIL "DON VICTORIO TETAMENTI"
GENERAL DE AGUDOS "Dr.OSCAR ALENDE"
DE MAR DEL PLATA**