

Reflexiones en torno a las experiencias de cuidado en tres Servicios del Hospital Eva Perón de San Martín, Argentina

Por Evangelina Duré, Alan Miranda y Clara Moreno

Residencia de Trabajo Social, Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Introducción

Para comenzar con el desarrollo del presente artículo resulta necesario mencionar que el Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón se encuentra ubicado en el partido de General San Martín, que es uno de los 135 partidos que conforman la provincia de Buenos Aires, ubicándose en la zona oeste de la misma. Se encuentra al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Limita con los partidos de Vicente López y San Isidro al este, Tigre al norte, San Miguel y Tres de Febrero al oeste y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al sur.

En cuanto a la población usuaria, el Hospital recibe personas que viven en el partido de San Martín o bien de municipios aledaños como Tres de Febrero, José C. Paz, San Miguel, Malvinas Argentinas, entre otros. Si bien esto se debe a la proximidad con estos municipios, cabe mencionar que el Hospital cuenta con diversas especialidades como Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) o Neonatología, servicios que no se brindan en otros hospitales de la región, por lo cual es considerado un Hospital de referencia. Así, gran parte de la población que es atendida proviene de diferentes municipios.

El rango etario de la población es diverso debido a los múltiples servicios con los que cuenta el hospital. También cabe destacar que en su gran mayoría los pacientes no tienen cobertura social, mientras que las personas jubiladas y pensionadas cuentan con PAMI¹, un programa de asistencia médica e integral que incluye prestaciones médicas y sociales.

Los objetivos que orientan el presente trabajo son:

- Reflexionar en torno a la organización y prácticas de cuidado llevadas adelante por las personas usuarias de los servicios de Clínica Médica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del HIGA Eva Perón de San Martín, desde una perspectiva de género.
- Problematizar el lugar de las políticas públicas en torno a la organización del cuidado en los procesos de salud-atención-enfermedad-cuidado, que hemos observado en los servicios de Clínica Médica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del HIGA Eva Perón.

¹ Se conoce como PAMI a la Obra Social del INSSJP, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina. El PAMI (Programa de Atención Médica Integral) es una obra social de jubilados y pensionados, de personas mayores de 70 años sin jubilación y de veteranos de Malvinas, que opera en la República Argentina bajo el control del Gobierno.

A partir de las experiencias en los Servicios mencionados anteriormente es que consideramos pertinente dividir el trabajo en dos secciones: en primer lugar abordaremos las experiencias del área materno-infantil que abarca los Servicios de Neonatología, Pediatría y Obstetricia; en segundo lugar, el área de adultxs -en su mayoría varones- internados en el Servicio de Clínica Médica. No obstante, es necesario señalar que a pesar de esta diferenciación entre poblaciones, el presente trabajo busca llevar adelante un análisis tomando las categorías de cuidado y perspectiva de género como ejes transversales en el proceso de salud-atención-enfermedad², haciendo foco además en el rol del Estado en la organización social del cuidado.

Retomando los objetivos que fueron propuestos, indagaremos cuestiones en torno a las experiencias y prácticas de cuidado que fueron apareciendo en los diferentes espacios de rotación y analizaremos las políticas públicas en relación a la organización del cuidado en los procesos de salud-atención-enfermedad-cuidado de las personas con las que intervenimos.

El cuidado: un concepto en disputa

Cuando hablamos de cuidado, hacemos referencia a un tema complejo ya que está anclado a una multiplicidad de actores, instituciones y sectores que participan en tal proceso. De acuerdo a la definición más comúnmente utilizada, se trata de aquellas actividades que resultan indispensables para la satisfacción de las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. El cuidado puede pensarse, entonces, como una actividad social realizada en todos los tiempos y sociedades, que se encuentra atravesado por categorías, tales como familia, vínculos, enfermedad, muerte, padecimiento, ética, moral, trabajo y relaciones de género.

Si bien adherimos a una perspectiva que entiende las tareas de cuidado como una red que nos sostiene a todas las personas, incluyendo a quienes son autónomas, adultas y capaces, consideramos pertinente aclarar que para los intereses del presente trabajo se hará hincapié en la cuestión del cuidado en torno al proceso de salud-enfermedad-atención de determinadas personas que, por una cuestión etárea (niñez, vejez) o por circunstancias particulares (enfermedad, discapacidad), requieren de cuidados específicos.

A partir de nuestras prácticas profesionales en el hospital, podemos afirmar que existe una ausencia de problematización de la configuración del cuidado, lo que implica promover la naturalización de su organización en el ámbito del cotidiano familiar. En este sentido, podemos observar cómo, en el contexto que actualmente estamos atravesando, la pandemia expuso con mayor claridad la situación de interdependencia que subyace en nuestra vida diaria, donde la búsqueda de bienestar sobre otra persona (cuidar) es fundamental para el mantenimiento de la vida y la reproducción social.

Entender las prácticas de cuidado como estrategias familiares implica pensarlas como parte del proceso de reproducción social de las familias o red vincular. Acciones como las de alimentar, dar afecto o vestir a un cónyuge son características de la reproducción social y se convierten en prácticas de cuidado, en tanto se orientan a satisfacer las necesidades de una persona en una

² Laurell (1982) entiende al mismo como un proceso social: una construcción individual y social mediante la cual lxs sujetxs elaboran su padecimiento. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona o grupo social, incluyendo las condiciones materiales de su vida.

situación como una enfermedad, usando diferentes recursos, tanto materiales, sociales, afectivos y/o simbólicos.

Pensar el cuidado en términos de estrategia familiar permite identificar cómo se establecen las relaciones de género, generación y parentesco y cómo tales relaciones se plasman en solidaridades. Pero al mismo tiempo marcan una estructura atravesada por relaciones de poder y conflicto.

Los cuidados en la salud se han ejercido en dos espacios, entre los que existen relaciones de complementariedad y de sustitución que expresan las relaciones Estado-Mercado-Familias: por un lado el privado/informal, que consiste en la atención en el hogar; por otro lado el público, correspondiente a las prácticas médicas que caracterizan el sistema formal de salud. En función de la trayectoria histórica de la política pública en América Latina -y en Argentina en particular- podemos afirmar que si bien en los últimos años la cuestión de la organización del cuidado ha ido ocupando mayor lugar dentro de la agenda pública, las prácticas de cuidado continúan teniendo un desarrollo circunscripto mayormente al ámbito familiar.

La distribución de las prácticas de cuidado al interior de la familia no dependen únicamente de la toma de decisiones o de la dinámica en que se desarrollan las relaciones intrafamiliares. Aquí juega un lugar fundamental la existencia -o no- de servicios de cuidado provistos por fuera de la unidad familiar. De esta manera, podemos pensar el cuidado como una cuestión de derecho: el derecho a cuidar a otrxs, a cuidarse a sí mismx, a recibir cuidados, siendo el Estado el responsable de proveer los medios para garantizar el cuidado en condiciones de igualdad y sin discriminación.

Por lo tanto, la problemática del cuidado y la determinación sobre quién lo provee remite a un problema de ejercicio de derechos, en correlación con un Estado garante de Políticas Públicas que aseguren la accesibilidad y el sostenimiento del cuidado. Resulta necesario idear e implementar políticas públicas en relación a las tareas de cuidado que sean pensadas desde una perspectiva de género, pero es imprescindible, además, continuar trabajando al interior de los equipos de salud en clave de género para no perpetuar prácticas y discursos en los que los cuidados recaigan exclusivamente en la organización familiar y, en particular, sobre las mujeres integrantes de dichas familias.

Afirmamos la necesidad de asumir una perspectiva de género para analizar la manera en que la organización del cuidado permaneció imbricada en el complejo entramado de desigualdades sociales y de género que habrían de redefinir la relación entre trabajo, cuidado y bienestar en el interior de los hogares. De esta manera, el modelo tradicional de familia nuclear reserva para las mujeres el espacio doméstico y las tareas reproductivas en sentido biológico y social.

La división del trabajo y la consecuente asignación de responsabilidades diferenciales en función de clase y género pueden identificarse a partir del lugar de la mujer, generalmente asociado a tareas reproductivas, no remuneradas, domésticas y de cuidado, que da por sentado que es la mujer quien tiene la responsabilidad de actuar frente a situaciones de enfermedad o de control de salud de la familia. Asimismo, podemos identificar la construcción de masculinidades, el “lugar de varón”, generalmente ligado a la provisión de bienes y servicios de la familia, figura asociada al trabajo productivo.

En el caso de mujeres que trabajan fuera de sus hogares (recibiendo o no una remuneración) o de aquellas que por la carga de las tareas de cuidado y crianza requieren la asistencia de otras personas, nos encontramos con una situación de escaso o nulo acceso a los servicios públicos para el cuidado de su familia o personas a cargo, por lo que deben recurrir a las redes familiares o a los

servicios privados para cubrir esta necesidad. En este escenario, muchas mujeres quedan atrapadas entre las responsabilidades domésticas y laborales.

Durante las rotaciones por los espacios de Neonatología y Obstetricia, Pediatría y Clínica Médica hemos podido visualizar claramente la prevalencia de mujeres al cuidado de las personas que se encuentran internadas o asisten a atención ambulatoria. Generalmente -y más aún en el caso de bebés, niños y jóvenes-, quienes acompañan en el cuidado son las madres, pero también se observa la presencia de abuelas, hijas, tías, hermanas. Es importante destacar esta cuestión, no sólo porque nos permite observar el hecho de que la mayor parte de las veces las tareas de crianza y/o cuidado recaen sobre las mujeres sino también porque es habitual “responsabilizarlas” (en el sentido moral de la palabra) exclusivamente a ellas respecto del cuidado de las personas durante sus procesos de salud-enfermedad-atención.

De esta manera, durante las rotaciones por estos tres espacios fue posible observar cómo el cuidado de las personas internadas frecuentemente recae en las madres o en alguna otra figura femenina de la familia, así también como las tareas de controles ambulatorios y continuidad en los tratamientos. Esta organización del cuidado se relaciona con la prevalencia de ciertos estereotipos o juicios de valor respecto a “la buena madre”, “la buena hija”, la “buena esposa”, que llevan a responsabilizar a las mujeres por los cuidados cotidianos y también por la atención en momentos particulares, como son las internaciones hospitalarias.

Resulta importante recuperar la categoría de cuidado no solo como una herramienta para problematizar la manera en que se resuelven y organizan nuestras necesidades de existencia y reproducción. En el contexto actual, en el que las condiciones de vida de las poblaciones con las que intervenimos y la propia dinámica institucional del hospital se han visto modificadas por la pandemia de Covid-19, posicionarnos desde una perspectiva de cuidado nos habilita a pensar nuestras prácticas profesionales corrientes de la idea individualista de que somos seres independientes del resto. Por el contrario, es fundamental pensar los cuidados en un sentido colectivo, posicionándonos desde una perspectiva de derechos más que desde el control, la moral y la vigilancia. Sin duda, hablar del cuidado es hablar de un concepto en disputa, no solo porque tiene múltiples significados -incluso contradictorios- sino fundamentalmente porque el cuidado es un concepto con un gran potencial para leer y transformar la realidad.

Lógicas de cuidado y política pública en el área Materno Infantil

Las construcciones de género condicionan las modalidades sobre las cuales tanto varones como mujeres acceden al sistema de salud, toman decisiones respecto al cuidado de su proceso de salud-enfermedad-atención (o de alguna persona de su red vincular), perciben síntomas y transitan enfermedades. Las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, estableciendo vulnerabilidades distintas relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir, determinando, tal como explica Tajer (2004), modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y morir.

En relación al área materno-infantil, la figura de la mujer como cuidadora resulta principal protagonista. En las salas de internación del Servicio de Pediatría se puede observar que los adultos que se encuentran acompañando el proceso de salud del niño internado suelen ser mujer-madres, tías o abuelas. En lo que respecta al Servicio de Neonatología, el cual es un servicio cerrado que no requiere de un acompañamiento total (a diferencia del Servicio de Pediatría), es habitual observar mujeres en la sala de espera aguardando el parte médico o bien esperando para el ingreso. Y si bien

se puede observar que las mujeres y su red vincular asumen roles y comportamientos tradicionales, considerando el embarazo, crianza y prácticas de cuidado como “cosas de mujeres”, cabe destacar que el equipo médico -a partir de sus prácticas profesionales- perpetúa estas cuestiones situando a las mujeres como únicas responsables del cuidado y culpabilizándolas cuando no asumen ese rol.

Por lo tanto, citando a Esteban, existe una “inhibición del colectivo masculino incluso en aspectos de la experiencia que les conciernen directamente, algo que es generalizable a cualquier nivel de la asistencia, y de lo que es cómplice el personal sanitario” (Esteban, 2003:14).

Con el advenimiento de la emergencia sanitaria por Covid-19 esta tendencia se ha visto más fortalecida en el área materno-infantil, ya que al encontrarse restringida la circulación, se ubicó a la mujer como la única referente afectiva con la prioridad de acompañar a esa niña que se encontraba transitando una internación o bien la única persona con permiso de ingresar a un servicio cerrado (en este caso, Neonatología), mientras que a los varones no se los incorporaba como referentes afectivos ni como responsables del cuidado.

Tal como menciona Pombo (2012), es necesario adoptar marcos comprensivos que puedan articular los distintos determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y poner en cuestión las construcciones sociales que subyacen en las modalidades históricamente situadas en las que se entrecruzan las desigualdades de género, clase, étnicas y etno-raciales.

Por otro lado, y de acuerdo con Polanco (2019), las políticas públicas denominadas “de género” generalmente hacen referencia a alguna temática particular (violencia, salud sexual y reproductiva, etc.) o de una institución determinada (por ejemplo, la Dirección de la Mujer). Otras políticas, tales como la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo, se encuentran dirigidas hacia las mujeres-madres como principales responsables de los cuidados.

Las políticas sociales actuales parten de la consideración de las conformaciones familiares, distinguiendo entre “varones proveedores” y “mujeres amas de casa”. En ese sentido, las políticas de salud materno-infantil se encuentran orientadas en general a garantizar el estado de bienestar del binomio madre-hijo, desdibujando el rol paterno en las tareas de cuidado, estableciendo una prioridad en función del rol que “debieran” cumplir las mujeres-madres como únicas garantes de la reproducción social.

En este sentido, Menéndez (2003) refiere que no es la familia sino la mujer la encargada de asumir las actividades referidas a la salud-enfermedad-atención. Por lo tanto, la distribución de tareas de cuidado pone de manifiesto dos cuestiones: la desigualdad social y la desigualdad de género. Tal como explica Krmpotic, “las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado. La desigual distribución de las cargas de cuidado entre hombres y mujeres genera una clara inequidad de género.” (2010:37). En el mismo sentido, otros autores (Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014) explican que al interior de la unidad familiar la evidencia demuestra que el cuidado es asumido principalmente por las mujeres y esto tiene una vinculación directa con la división sexual del trabajo y a la naturalización existente de la capacidad de la mujer para la práctica de cuidado.

En general, las indicaciones sobre los primeros cuidados y necesidades de los recién nacidos son brindadas principalmente a la mujer-madre y no así a los padres, quienes aparecen casi desplazados de los procesos de cuidado. De esta manera podemos afirmar que trabajamos con poblaciones en las cuales se encuentra muy arraigada la idea de que los cuidados son responsabilidad de la mujer. Gran parte de nuestras intervenciones apuntan a la reflexión y problematización de estas cuestiones, como un proceso en el que la persona pueda tomar una actitud crítica frente a su

realidad, dando lugar a una reflexión conjunta en pos de desnaturalizar roles y comportamientos tradicionales.

No obstante, nos encontramos permanentemente interpeladxs por ciertos interrogantes en clave de acciones concretas que podemos llevar adelante: ¿qué pasa cuando aparece en escena un varón?, ¿se piensan estrategias de intervención que lo involucren?, ¿cómo actuamos frente a esto?, ¿al momento de pensar estrategias de intervención convocamos a los varones que son parte de esa red vincular?

Es importante reflexionar acerca sobre las condiciones de vida de las poblaciones con las que trabajamos, que suelen ser altamente vulnerables. Cuando convocamos a los varones-padres para una entrevista a fin de poder continuar fortaleciendo y armando la red vincular, muchas de las mujeres-madres refieren que los mismos no puede asistir porque se encuentra trabajando; son habituales frases tales como: *“no puede venir porque trabaja”*; *“no puede seguir faltando al trabajo, ya pidió permiso”*. Ante esta situación, nos preguntamos ¿cómo hacemos frente a esta realidad compleja en la que el sistema en general continúa ubicando al varón como el proveedor y a la mujer como la cuidadora?

Si bien se abren varios interrogantes frente a estas situaciones y a cómo intervenimos frente a una realidad tan compleja, es necesario continuar problematizando y repensando este tipo de situaciones, poner atención en no reproducir los mandatos y los estereotipos que también se hacen presentes en la práctica profesional, dar disputa a cómo se piensan los procesos de salud de la población con la cual trabajamos.

Políticas sociales y cuidado de adultxs mayores. La experiencia en el Servicio de Clínica Médica

Podemos afirmar que si bien la población que recibe atención en el servicio de Clínica Médica comprende a personas mayores de 16 años, la mayoría de lxs que se encuentran internadxs son adultxs mayores que ingresan al hospital por encontrarse atravesando un momento agudo de enfermedad.

Entre los motivos que generan la interconsulta hacia el Servicio Social podemos mencionar situaciones que refieren a la adherencia a tratamientos (por ejemplo, en personas con diabetes, VIH, tuberculosis, insuficiencia renal); ausencia de una red familiar/comunitaria que acompañe los cuidados de las personas luego de la externación; requerimientos de internación en un tercer nivel de atención (geriátrica o de rehabilitación); condiciones de vida precarias para sostener tratamientos y atención de la salud y que requieren algún tipo de asistencia; el acompañamiento en la gestión de trámites (documentación, solicitud de medicación, certificado único de discapacidad, pensión no contributiva, etc.) entre otras cuestiones.

Asimismo, no podemos desconocer que las interconsultas pueden ser pensadas como un elemento que ya ha sido previamente recortado desde los profesionales de Clínica Médica a partir de sus propias observaciones e interpretaciones respecto a las situaciones que ameritan la intervención del Servicio Social, por lo que es habitual, desde nuestro servicio, realizar un ejercicio de mayor indagación o de “relectura” respecto de aquello que inicialmente se plantea como motivo de interconsultas. En este sentido, la realización de entrevistas, tanto a las personas internadas como a sus redes vinculares, nos permite desandar ciertos supuestos y profundizar en una lectura más integral respecto al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, profundizando en el conocimiento de las redes familiares, comunitarias e institucionales, las pautas y la organización

del cuidado, los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan, pero fundamentalmente, evitando cualquier tipo de reduccionismo que nos conduzca a hacer lecturas superficiales de la situación.

Es habitual que médicxs, y otrxs profesionales del Servicio de Clínica Médica, nombren como “pacientes sociales” a aquellas personas que generalmente transitan internaciones prolongadas debido a la imposibilidad de recibir cuidados en otros ámbitos (familiares, comunitarios, institucionales), o con pocos recursos materiales y/o simbólicos para cuidar de sí mismxs (por no contar con ingresos monetarios o recursos materiales, por problemas en torno a la accesibilidad a la atención y la medicación, por dificultades en torno a la adherencia a tratamientos, por no contar con red familiar, etc.)

Podemos inferir que las situaciones por las que lxs trabajadorxs sociales somos convocadxs a intervenir se relacionan con la vulneración de derechos y las propias condiciones materiales de existencia de las poblaciones con las que intervenimos y que tienen total incidencia en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Llevar adelante nuestras intervenciones desde una perspectiva que aboga por la salud integral de las personas implica dar cuenta de la tensión existente entre la determinación social de la vida y la salud de las poblaciones que asisten al hospital (que se materializan en las condiciones materiales y simbólicas de existencia) y las características que prevalecen en las políticas sociales, las cuales responden a una lógica de fragmentación y sectorización de lo social, distinguiendo y separando un problema de otro para llevar adelante intervenciones aisladas, obstaculizando interpretaciones de dichas situaciones como manifestaciones de la cuestión social. Tal como explica Montaña,

“el conocimiento segmentado de la realidad condiciona la segmentación de las respuestas y lleva a cambios parciales de la misma. Así, la segmentación de la realidad en “cuestiones sociales” propicia que éstas sean tratadas a través de instrumentos parciales y compartimentados: las políticas sociales segmentadas y sectoriales” (28:2014).

En su análisis acerca del proceso de reconfiguración de la política social en la Argentina contemporánea, López (2011) menciona que durante la primera mitad del siglo XX las políticas públicas y el sistema de protección social se construyeron en torno a la figura del trabajador asalariado, estando relegadas las políticas asistenciales hacia aquellos que, por circunstancias accidentales o imprevistas, no podían integrarse al mercado de trabajo. En cambio, en las últimas décadas asistimos a la reorganización de la protección social, combinando el principio de la individualización (el acceso a los bienes y/o servicios dependen de la capacidad de pago de los individuos/familia, en un sentido de “autoprotección” y mercantilización de los servicios) y la comunitarización (el Estado otorga ciertos recursos, cristalizados en bienes y/o servicios, pero la responsabilidad acerca del bienestar es trasladada a la familia y/o comunidad).

De acuerdo a la autora, las políticas sociales en nuestro país se estructuraron entonces sobre tres estrategias interventivas: la privatización (arancelamiento de servicios colectivos o tercerización de la ejecución de las políticas sociales a la familia, comunidad o la sociedad civil), la focalización (políticas compensatorias y de prestaciones mínimas hacia los más pobres) y la descentralización de la acción del Estado Nacional (derivando la responsabilidad en la ejecución de las políticas sociales hacia las órbitas provinciales o municipales).

Este carácter asistencialista del Estado queda evidenciado en las intervenciones cotidianas que llevamos adelante en el Servicio de Clínica Médica, siendo frecuente asistir a las familias en torno

a la gestión de recursos básicos así como en la solicitud de insumos que, al no poder ser adquiridos por las familias en el mercado, son solicitados por medio de programas municipales, provinciales y nacionales. Además, es importante tener en cuenta que al intervenir con personas que atraviesan enfermedades crónicas, que deben sostener tratamientos prolongados o que han quedado con secuelas de gravedad, son frecuentes las gestiones para el pedido de pañales, alimentos (nutrición enteral, suplementos dietarios), elementos ortopédicos, medicación para enfermedades crónicas, así como la orientación o gestión respecto a la inscripción en diversos programas (PRODIABA, Programa Provincial Incluir Salud, programas de asistencia alimentaria, PROEPI, Programa de Elementos Ortopédicos, etc.).

Una situación problemática en el área de Clínica Médica por la que habitualmente se convoca la intervención del Servicio Social es el requerimiento de un tercer nivel de atención para personas que necesitan asistencia permanente o que no cuentan con una red familiar/comunitaria que les pueda acompañar en sus cuidados. Tal como se explica en Bataglia (2019), la posibilidad de dar respuesta a esas necesidades de alojamiento y cuidado generalmente depende de que la persona tenga acceso a prestaciones y recursos provenientes de las políticas públicas y de la seguridad social.

Podemos establecer una diferencia notoria entre aquellas personas mayores de 60 años que, por haber contado con un trabajo registrado, tienen acceso a una jubilación y las correspondientes prestaciones (obra social, medicación, residencia de larga estadía, cuidadores e internación domiciliarios, etc.) y aquellas personas que han estado sin empleo o con empleos precarios durante gran parte de su vida y que dependen exclusivamente de la asistencia del Estado. En estos casos, como se mencionó anteriormente, se recurre a políticas asistenciales cuya gestión implica múltiples obstáculos, restricciones y demoras, de manera tal que, en la espera de respuestas, las personas permanecen internadas en el hospital por largos períodos, con consecuencias importantes en su situación de salud, implicando así una grave vulneración de sus derechos.

Con respecto al cuidado de personas adultas mayores de 60 años, nos encontramos con que las respuestas estatales son muy limitadas, dejando en evidencia la necesidad de contar con instituciones para el cuidado de personas con dependencia y/o enfermedades crónicas, ya que es habitual que las internaciones en el hospital se prolonguen en el tiempo por este motivo, poniendo en riesgo su calidad de vida. Entre las escasas respuestas que se ofrecen desde la órbita estatal, podemos mencionar las Residencias de Larga Estadía dependientes de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DiNaPAM), siendo la admisión a las mismas un proceso largo y con ciertos obstáculos (por ejemplo, no se suele admitir a personas que han estado en situación de consumo problemático de sustancias o que tengan algún diagnóstico relacionado a problemáticas de salud mental). También podemos mencionar las residencias municipales para adultxs mayores, con criterios de admisión similares a los de las residencias de DiNaPAM.

En el caso de las personas menores de 60 años y con dependencia para las actividades de la vida cotidiana, generalmente son las familias -en el caso de contar con esta red- quienes deben asumir por completo las tareas de cuidado, ya que no existe oferta estatal para esta población en esta franja etárea. La oferta privada resulta generalmente imposible de ser asumida debido a los costos de las mismas y las condiciones socioeconómicas de los sujetos afectados y sus familias. Para quienes no cuentan con redes familiares/comunitarias o que se encuentran en situación de calle, el panorama es aún más complejo.

Podemos afirmar que en el Servicio de Clínica Médica nos encontramos con un atravesamiento muy evidente en lo que respecta a la organización de los cuidados, siendo prevalente la presencia de figuras femeninas sosteniendo dichas tareas. Este punto nos permite observar no solo el hecho

de que la mayor parte de las veces las tareas de cuidado recaen sobre las mujeres, sino también el que sea habitual hacerlas responsables de dicha tarea en un sentido moral.

Entre las opciones para personas adultas menores de 60 años (que es la edad mínima con la que pueden ser admitidos en Residencias de Larga Estadía del DiNaPAM) que requieren cuidados permanentes podemos mencionar, como una de las pocas posibilidades de recibir asistencia en los cuidados, el ingreso a hogares y residencias del Programa Federal Incluir Salud, destinadas a personas con discapacidad severa o profunda, sin grupo familiar o no continente. Está dirigido a titulares de Pensiones Nacionales No Contributivas que no cuenten con obra social. Durante el contexto de pandemia, las admisiones en residencias de larga estadía se vieron más limitadas.

Todo ello evidencia no solo las dificultades que el contexto imprime en las gestiones que se hacen desde nuestro servicio sino también el impacto en la vida de las personas internadas que deben prolongar sus internaciones por no contar con las redes y los recursos necesarios para sostener y acompañar sus cuidados. Además, podemos visualizar los obstáculos que presentan las políticas sociales existentes para responder a la particularidad de la situación de salud de las personas, dado que para ser admitidas en alguna de las escasas opciones existentes, deben cumplir con ciertos “requisitos” a la manera de un “paciente ideal”, con determinadas características que le hacen admisible en una institución de tercer nivel.

De esta manera, la organización del cuidado en personas adultas mayores que no cuentan con alternativas adecuadas de alojamiento y cuidado luego del alta resulta una problemática frecuente y difícil de abordar. Tal como explica Battaglia (2019), estas personas permanecen internadas en las instituciones sanitarias a pesar de haber resuelto el episodio de salud puntual que determinó su ingreso, ya que la posibilidad de dar respuesta a esas necesidades depende generalmente del acceso a diferentes prestaciones y recursos provenientes de las políticas públicas y de la seguridad social. No obstante, dicho acceso presenta múltiples obstáculos, restricciones y demoras, de manera tal que ante la prolongación de la internación y las limitadas respuestas estatales, la mirada se vuelca hacia la red familiar y comunitaria, intentando encontrar allí una solución a las necesidades de cuidado y asistencia.

En este punto resulta interesante retomar los aportes de Esquivel, Faur y Jelin, quienes definen los cuidados como “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (17:2012). Esta definición comprende las acciones de cuidado directo en el ámbito doméstico (preparar alimentos, higienizar, administrar medicación), las acciones de cuidado indirecto (realización de trámites, limpieza de la casa, compras, etc.) pero además, el vínculo que se establece en esta actividad. Además de estas cuestiones, debemos mencionar aquello que sucede a nivel “macro”, es decir en torno a lo normativo, las políticas públicas, las instituciones. Esto es importante porque nos permite visualizar que la forma en que se resuelven las necesidades de cuidado no depende únicamente de las relaciones vinculares y del deseo individual de llevar adelante estas tareas, sino también de la oferta de recursos y servicios -públicos, privados y de la sociedad civil- existentes.

Así, podemos preguntarnos, ¿cómo se resuelven las necesidades de cuidado de la población dependiente cuando las respuestas que ofrece el Estado para atender esa demanda resultan insuficientes? Se trata de una problemática que excede la capacidad de respuesta del sector de salud y que remite a la organización social y política del cuidado, ya que en la resolución de las demandas de cuidado intervienen una multiplicidad de actores, instituciones y sectores.

Además de la capacidad y posibilidad de las redes familiares de ofrecer cuidados y del lugar del Estado para implementar y fortalecer políticas públicas que atiendan a esta demanda, debemos mencionar a las organizaciones de la sociedad civil o religiosas. Durante la rotación por Clínica Médica surgieron situaciones en las cuales, ante la imposibilidad de que las familias se encargaran de los cuidados post alta de las personas internadas y las restricciones de la política pública para acompañar estas necesidades de cuidado, se recurrió a instituciones que, en términos de Montaña (2003), podemos caracterizar como del Tercer Sector. El mismo abarca instituciones de naturaleza distinta y origen diverso: instituciones filantrópicas, ONGs, fundaciones, entidades voluntarias, etc.

El autor considera que, tradicionalmente se ha pensado al Tercer Sector como aquel que vendría a resolver la dicotomía entre lo público (el Estado) y lo privado (el Mercado). Se trata de una mirada fragmentada de la realidad, en la que se piensa lo público como asociado a lo político, al Estado, y lo privado asociado a lo económico, al Mercado, quedando entonces el Tercer Sector vinculado a la sociedad civil, escindido de los sectores anteriores. El autor entiende que este pasaje de las “lógicas del Estado” a las “lógicas de la sociedad civil” forma parte de una nueva estrategia de legitimación del sistema capitalista, dentro del proyecto neoliberal, en la que se cambia

"la lógica estatal de la democracia por la lógica de la competencia, en la cual el individualismo del sistema capitalista lleva a que el triunfo de uno derive generalmente en el fracaso del otro (...) A su vez, en la sociedad civil se procesa la lógica de la solidaridad, donde los triunfadores del mercado ayudan a los fracasados de la disputa competitiva" (Montaña, 110:2003)

De esta manera, el objetivo de correr al Estado (y por ende, al capital) de la responsabilidad de intervenir sobre la cuestión social transfiriendo esta tarea al Tercer Sector, no se relaciona, como frecuentemente se suele argumentar, con razones de eficiencia administrativa o de reducción de costos para el Estado, sino que tiene un motivo fundamentalmente político e ideológico: socavar la dimensión del derecho universal en relación con la responsabilidad estatal ante las inequidades sociales y crear una cultura de autoculpabilidad, autoayuda y ayuda mutua entre las personas, liberando al capital de dichas responsabilidades.

Durante nuestras intervenciones, hemos articulado con varias instituciones pertenecientes al Tercer Sector, con las cuales -ante las restricciones que ofrece la política pública y la imposibilidad de que las familias asuman las tareas de cuidado de las personas internadas en el post alta- hemos organizado estrategias de externación o recurrido para la obtención de ciertos insumos.

Si bien estas instituciones constituyen un recurso necesario, fundamentalmente cuando se agotan otras instancias, no deja de presentarse como un verdadero dilema ético: ¿cómo reflexionar críticamente sobre nuestras prácticas profesionales frente a intervenciones que suponen un cuestionamiento a nuestros propios proyectos ético-políticos?

Tomando los aportes de Mallardi,

“resulta oportuno sostener que reafirmar la plena defensa de las incumbencias profesionales no está desvinculado a fortalecer el compromiso ético-político con los sectores más desfavorecidos de la sociedad, sino todo lo contrario, se trata de la defensa de un Trabajo Social capaz de responder críticamente a los dilemas que se plantean en la actualidad” (11:2020).

Es imprescindible reforzar el horizonte de nuestra intervención profesional, que nos permita, desde una perspectiva de derecho, no solo trabajar en pos de garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales sino también interpelar nuestros propios proyectos profesionales y las lógicas que socavan nuestro quehacer profesional.

Bibliografía:

Battaglia M. et al. (2019): ¿Por qué “la familia no se los lleva”? Políticas públicas, redes sociofamiliares y necesidades de cuidado de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* N° 93.

Breilh, J. (2009): Las tres ‘S’ de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos Nogueira, R. *Determinacao Social da Saude e Reforma Sanitária*. Cebes.

Esquivel, V., Faur, E., Jelin, E. (eds) (2012): *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires. IDES/UNFPA/UNICEF.

Esteban, Mari Luz (2003.): “*Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*”. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Emakunde. SARE.

Faur, E. (2014): *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Federici, S (2013): Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Madrid. Recuperado de: <https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>

Krmpotic, C. y De Ieso, L. (2010): Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. Brasil. *Revista Katálysis*, Vol. XIII, p.95-101

Laurell, A. C. (1982): La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25. México.

López, X. (2011): Transformaciones societales y reconfiguración de las Políticas Sociales en la Argentina Contemporánea: “Asistencias vs Derecho”. Buenos Aires. Mimeo.

Mallardi, M. (2014): *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio crítico profesional*. La Plata. CASTSPBA.

Menéndez E. (2003): Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En: Mercado FJ, Robles L, Denman C, Escobar A, Infante C, editores. *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/El Colegio de Sonora; 1993. p. 130-62.

Montaño, C. (2014): “Teoría y práctica del Trabajo Social Crítico: Desafíos para la superación de la fragmentación positivista y posmoderna”. En: Mallardi, M. (comp) *Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Polanco, N. (2019): El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico en el ejercicio profesional, en las políticas públicas y en las prácticas cotidianas. En: Riveiro, L. Trabajo Social y feminismos. Perspectivas y estrategias en debate. CATSPBA.

Pombo, G. (2012): La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. Buenos Aires.

Rodríguez Enríquez, C. y Pautassi, L. (2014): La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina. Buenos Aires. ADC-CIEPP-ELA.

Tájer, D. (2004): Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires. Lugar Editorial.