

margen N° 118 - setiembre de 2025

¿Por qué no egresan los *pacientes sociales*? Claves para comprender la prolongación de las internaciones en los hospitales públicos de CABA

Por Battaglia, Mabel¹; Blanco, Soledad²; Brovelli, Karina³; Cantor, Paula²; Cunzolo, Virginia⁴; Garbarini, Matías⁵; Larrache, Carolina⁴; Luna, María Gabriela³; Mato, Karina⁶; Molina, Alejandra⁴; Morán, Nancy⁷; Lardiés, Natalia¹; Nicolini Segovia, Mónica⁸; Otero, Gabriela⁷; Ottonello, Mariana⁷; Quiroga, Celeste⁵; Ricciardi, Paula⁴; Ruiz Díaz, Candela⁹; Venuto, María José¹⁰; Vittor, María Eugenia¹¹

La situación de personas que permanecen internadas más allá de contar con el alta hospitalaria es una problemática persistente en las instituciones de salud. En los hospitales públicos son habituales las demandas a los servicios sociales por el egreso de aquellos que se denominan “pacientes sociales”, a tal punto que el Consejo Profesional de Trabajo Social elaboró en el año 2022 un documento donde sienta posición al respecto de esta temática (CPGSSTS, 2022).

En línea con estas preocupaciones, la presente investigación se enmarca en una serie de debates sobre nuestro quehacer cotidiano como trabajadoras/es sociales que nos desempeñamos en áreas de internación de adultos/as en diferentes hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Más específicamente, surge como continuidad de dos trabajos realizados anteriormente: “*Vivir en el Hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires*” (Brovelli et al., 2015) y “*¿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*” (Battaglia et al., 2019). Allí buscamos visibilizar la situación de aquellas personas que permanecen internadas en las instituciones de salud, luego de resuelto el episodio agudo de enfermedad que determinó su ingreso, por no contar con alternativas adecuadas de alojamiento y cuidado post alta.

En dichos estudios describimos quiénes eran estos “pacientes sociales”, caracterizamos la oferta existente de servicios de cuidado (en el ámbito estatal, de la seguridad social, la sociedad civil y el mercado) y exploramos las condiciones de las redes sociofamiliares de estos/as pacientes y su

-
- 1 Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia
 - 2 Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sársfield
 - 3 Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández
 - 4 Hospital General de Agudos Parmenio Piñero
 - 5 Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
 - 6 Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand
 - 7 Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú
 - 8 Hospital de Salud Mental Braulio A. Moyano
 - 9 Hospital de Quemados Dr. Arturo Illia
 - 10 Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
 - 11 Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta
-

capacidad para brindar apoyos. Como resultado de ello, encontramos una relación directa entre la prolongación de las internaciones y las situaciones de dependencia: la mayoría de las personas que ven prolongadas sus internaciones requieren asistencia y cuidados de manera intensiva y continuada. Frente a ello, la capacidad de las redes sociofamiliares de brindar cuidados es parcial y la oferta de servicios de cuidado (en la esfera pública, de la seguridad social, privada y de la sociedad civil) está altamente segmentada. Se destaca además el déficit de políticas de cuidado destinadas a la población adulta menor de 60 años.

Desde entonces, la temática de los cuidados fue adquiriendo mayor volumen en la agenda pública: en 2019 y 2020 se crearon Direcciones de Políticas de Cuidado en dos Ministerios nacionales y se elaboró un proyecto de ley para la creación de un “Sistema Integral de Políticas de Cuidados”, enviado al Congreso Nacional en 2022. En función de ello, consideramos pertinente indagar en qué medida se produjeron transformaciones en las políticas y servicios de cuidado existentes y en las posibilidades de cuidado de las familias, así como en las características de la población en estudio, teniendo en cuenta además el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la población y las instituciones.

En este marco, el objetivo del presente trabajo es analizar las alternativas de organización de los cuidados implicadas en las estrategias de internación de las personas adultas que permanecen internadas en condiciones de alta hospitalaria en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período abril a septiembre de 2023.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Caracterizar la situación social y describir las necesidades de cuidado de la población en estudio, considerando niveles diferenciales de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
2. Describir los recursos y servicios de cuidado ofrecidos por distintas áreas de la política pública, de la seguridad social, de la sociedad civil y el mercado vinculados a la población del estudio, y las condiciones de acceso a los mismos.
3. Explorar las posibilidades de brindar cuidados de las redes sociofamiliares de los/as pacientes que componen la población en estudio, considerando sus características y condiciones particulares.
4. Identificar cambios y continuidades en las alternativas de organización de los cuidados de los/as pacientes que permanecen internados/as en condiciones de alta hospitalaria, tomando en cuenta los datos relevados en investigaciones previas.

Metodología

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, de tipo descriptivo y de corte transversal retrospectivo sobre la base de fuentes secundarias. Para el relevamiento de los datos se utilizó una estrategia metodológica documental, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas para el análisis de la información obtenida. Por un lado se trabajó con los registros de la práctica profesional: se buscó a través de la lectura de las historias sociales obtener una fotografía global de la población con internaciones prolongadas y de sus redes sociofamiliares. Por otro lado se trabajó con publicaciones institucionales y documentos de políticas públicas: se procedió a la lectura de estos materiales a fin de realizar un análisis descriptivo de los recursos y servicios que los mismos ofrecen.

Los objetivos del trabajo se vinculan al análisis del perfil del/de la paciente y sus necesidades de cuidado, los recursos y servicios existentes y las posibilidades de las redes familiares. Para los Objetivos 1 y 3 se aplicó un instrumento a las historias sociales. Para el Objetivo 2 se apeló a la lectura de documentos de acceso público. Para el Objetivo 4 se recuperaron los resultados de la investigación realizada en 2017 y publicada en 2019 (Battaglia et al., 2019) sobre alternativas de cuidado de personas que permanecen internadas en hospitales públicos en condiciones de alta hospitalaria.

Para el procesamiento cuantitativo de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Se utilizó una estadística descriptiva para el análisis de las variables: se elaboraron cuadros y gráficos de frecuencias y porcentajes para las variables de tipo categórico consideradas relevantes; con relación a las variables continuas (edad, tiempo de internación) también se incluyó la media o el promedio.

Para el procesamiento y análisis cualitativo se volcaron los datos en matrices diseñadas para tal fin y se realizó un análisis comparativo, buscando identificar particularidades y regularidades en los fenómenos en estudio.

La población del estudio estuvo conformada por las personas adultas internadas en 11 hospitales públicos de la CABA (Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Illia, Moyano, Piñero, Rivadavia, Tornú, Vélez Sársfield y Zubizarreta) en el período comprendido entre el 01/04/23 y el 30/09/23, que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: encontrarse internados/as en condición de alta hospitalaria en el período seleccionado para el estudio.

La muestra se seleccionó de manera intencional y teórica, en función de los objetivos del estudio, a la vez que atendiendo a los criterios de factibilidad y viabilidad respecto del acceso a los datos. Puesto que para la recolección de los datos se recurrió a registros de la práctica profesional de Trabajo Social, quedaron excluidos del presente estudio todos aquellos casos que, aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no hubieran sido objeto de conocimiento o intervención por parte de las/los profesionales participantes del estudio. En función de ello, la muestra quedó conformada por 170 casos (N=170).

Consideraciones éticas

El estudio fue conducido de acuerdo con el protocolo y las normas de buenas prácticas clínicas, en el marco de las disposiciones internacionales (Código de Nüremberg, Declaración de Helsinki y sus modificaciones, Declaración de UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos) y regulaciones locales aplicables (Ley N° 3301 de Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud de CABA, Resolución N° 1480 Guía para investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación y Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales).

No se recolectaron datos clínicos ni información de pacientes por fuera de lo que se registra habitualmente en los sistemas de información y gestión de pacientes de los servicios sociales. Asimismo, se garantizó el anonimato de la información relevada a fin de preservar la identidad de los/las pacientes y de las instituciones participantes del estudio. En este sentido, es importante destacar que ningún dato de identificación o filiación del/de la paciente fue registrado, por lo que no resulta posible vincular los datos tabulados con un/a paciente o institución en particular. Pero además, en tanto se realizó un análisis global (y no particular) de los datos relevados, se garantiza que las situaciones analizadas no puedan ser individualizables o reconocibles institucionalmente.

El estudio se llevó a cabo una vez cumplidos los pasos establecidos en la Resolución 1679/2019 del Ministerio de Salud de la CABA, con inscripción del proyecto en la Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de la Ciudad de Buenos Aires (PRIISA.BA) y posterior aprobación por los Comités de Ética en Investigación correspondientes.

Situando el problema

La salud y la enfermedad, entendidas como procesos dinámicos y complejos, involucran una multiplicidad de dimensiones de la vida de las personas. Desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, hace años que se habla en términos de procesos salud-enfermedad-atención, definidos como “un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994, p. 71). En esta línea, toda sociedad genera sentidos y prácticas, y estructura un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (ídem), es decir, los procesos salud-enfermedad-atención se desarrollan dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos.

Ahora bien, desde la segunda mitad del siglo pasado, nuestro país ha ingresado en un proceso de transición epidemiológica, concepto que refiere a “un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte” (Rosas y Estrella, 2012, p. 19), y que se expresa en una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades tratables. Este cambio en el perfil epidemiológico se asocia a los procesos de desarrollo y urbanización, como así también a la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad y a un aumento de la esperanza de vida; es decir, se imbrica con un proceso de transición demográfica (envejecimiento de la población). En nuestro país, en 2010, las personas de 60 años y más representaban el 14,2% de la población total (INDEC, 2012), y en 2021, la proporción de personas mayores en la CABA ascendía a 21,6% (DGEyC-GCBA, 2022a). Al mismo tiempo, se registra una asociación entre edad y discapacidad (prevalencia de 12,1% entre los 40-64 años, de 25,4% entre los 65-79 años, y de 46,6% a partir de los 80 años) (INDEC, 2018). En relación con esto, los últimos datos disponibles arrojan que las personas con discapacidad en la Argentina constituyen un 10,2% de la población e integran el 25,3% de los hogares (INDEC, 2018). En la CABA, más de la mitad de esta población requiere asistencia de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria (DGEyC-GCBA, 2013), siendo el cuidado de personas con discapacidad de gran complejidad, costo económico y desgaste físico y mental, sobre todo en situaciones que requieren apoyos de manera intensiva y sostenida en el tiempo. Ello prefigura una presión creciente sobre las familias y sobre las instituciones, a lo que se suman los saldos de la pandemia por COVID-19 en términos de cronicidad y discapacidad que aún no se alcanzan a dimensionar.

Se sigue de lo anterior que estas transformaciones a nivel de la población se asocian a un aumento de la dependencia, y se traducen en un incremento de la demanda de servicios de salud, actual y futura, y también de la demanda de cuidados. A modo de ejemplo, en la mayoría de los hospitales de agudos de la CABA, el porcentaje de ocupación de las camas disponibles es del 80%, el giro-cama alcanza un valor promedio de 33.9 y el promedio de permanencia en los servicios de internación es de 8.65 días (CIPPEC, 2017). Estos datos se asocian a diversos factores, entre los cuales se encuentra el perfil etario de la población atendida, las patologías prevalentes, la ausencia de dispositivos intermedios de derivación, las dificultades administrativas o la escasez presupuestaria para la provisión de insumos, entre otros. No obstante la multiplicidad de aspectos

que operan en los tiempos de internación, las características de la población no constituye una dimensión que deba soslayarse: el porcentaje de población con algún episodio de internación tiende a crecer a medida que aumenta la edad. Según datos del año 2016 para la CABA, un 12% de los mayores de 60 años habían estado internados en el último año, siendo este porcentaje para la población general de 8%. Asimismo, si bien se registra una elevada utilización del servicio de internación por parte de la población femenina, dado el peso de las internaciones por parto en las mujeres en edad fértil, los porcentajes más altos de usuarios recaen en la población de mayor edad para ambos sexos (DGEYC-GCBA, 2018).

En esta línea, la atención de una población cada vez más envejecida y/o con discapacidades y enfermedades crónicas implica una complejidad diferente al perfil clásico de demandas a los hospitales de agudos, por lo que considerar las demandas de cuidado existentes en la sociedad resulta un aspecto clave para potenciar las acciones en salud. Una conceptualización amplia de esta categoría es la propuesta por Fisher y Tronto, que entienden al cuidado como “una actividad de especie que incluye todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros seres y nuestro entorno, todo lo cual buscamos para entretejerlo en una red compleja que sustenta la vida” (Tronto, 2015, p.3). En particular, las actividades que componen el cuidado de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad son amplias y se incrementan cuando las secuelas son severas e implican mayor dependencia. Las mismas suelen incluir tareas de cuidado directo e indirecto, esto implica por una parte proveer a necesidades del cuerpo relacionadas con la subsistencia (dar de comer, bañar, vestir, administrar tratamientos de la salud en el hogar, asistir físicamente a aquellos con limitaciones en su movilidad, etc.) y por otra parte organizar las condiciones para el cuidado (higiene de la casa, compra y preparación de alimentos, trámites, acompañamiento en traslados, consultas, etc.), además de la adaptación de la arquitectura del hogar y la adquisición de ayudas técnicas/tecnológicas (bastones, sillas de ruedas, dispositivos electrónicos especiales, etc.), sin dejar de considerar el vínculo y las emociones que se entranan en esta actividad (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015; Venturiello, 2016).

Al mismo tiempo, el cuidado se encuentra atravesado por el marco normativo, de políticas públicas, instituciones y valores de la cultura (Pombo, 2010). En esta línea, desde el campo de estudios sobre políticas sociales se acuñó la noción de “diamante de cuidado” (Razavi, 2007) para dar cuenta de que en la provisión de cuidados participan articuladamente la esfera familiar, el Estado, el mercado y la comunidad. Desde esta perspectiva, para analizar cómo se brindan y reciben cuidados en nuestra sociedad resultaría necesario explorar los arreglos que se establecen entre los cuatro actores referidos (Estado, mercado, familia y comunidad), y en particular, conocer la infraestructura de servicios de cuidado y cómo los hogares pueden acceder o no a la misma, en función de su posición social (Faur, 2014), lo cual determina las alternativas viables en cada caso. De ello se sigue que la forma en que se resuelven las necesidades de cuidado de los sujetos depende no sólo de los vínculos interpersonales y de las intenciones individuales (y familiares) sino también de la oferta de recursos y servicios existente (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

El cuidado es central para la vida y el desarrollo social, y si bien mayormente es una actividad que se desarrolla en la esfera familiar, permea ostensiblemente los servicios de salud, aunque permanezcan invisibles muchas veces para sus políticas e instituciones (Luxardo, 2010). Al respecto, Durán (2000) explica que, más allá de los recursos y servicios que brindan los sistemas de salud, la mayor demanda de cuidado asociada a la enfermedad o a la discapacidad suele resolverse a partir del trabajo no remunerado -y femenino- al interior de las familias. Estas prácticas consolidan “un verdadero sistema de soporte informal constituido con el propósito de atender,

tratar y/o aliviar las condiciones de vida en las que se encuentra el sujeto a partir de la enfermedad” (Luxardo, 2010, p. 87). Si bien esto es una tendencia general, cabe la pregunta, de cara al objeto de estudio de este trabajo, respecto de cómo se resuelven los cuidados de las personas que se encuentran en condiciones de alta hospitalaria y aún así no pueden abandonar el hospital, y qué ocurre cuando el cuidado vinculado a la enfermedad o discapacidad no puede ser brindado por las familias.

Perfil de la población

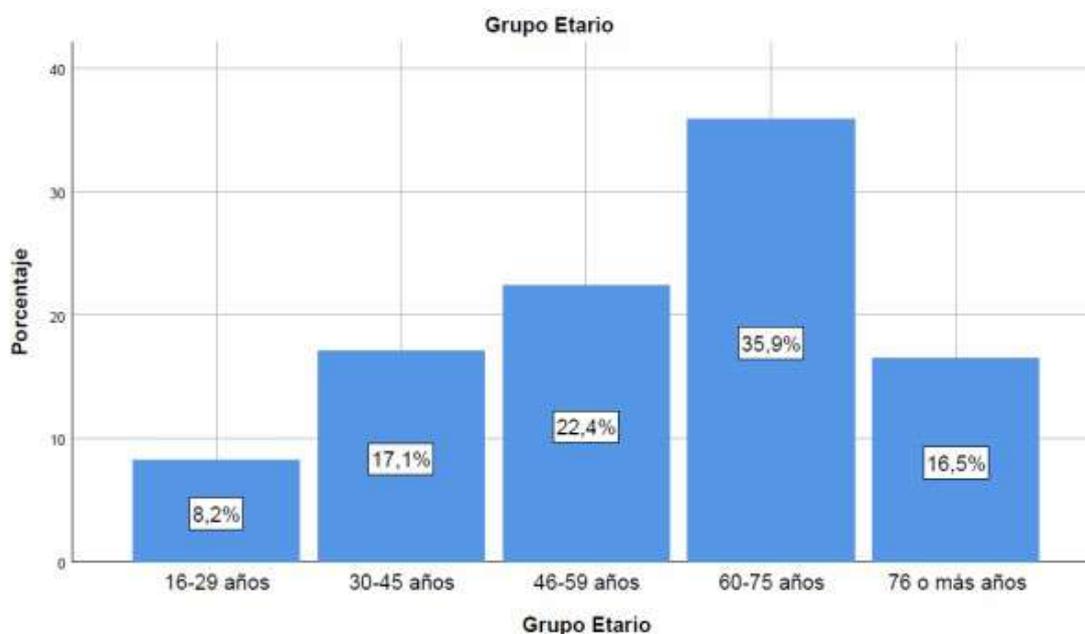
Las personas que forman parte de este estudio son 170, de sexo masculino el 64%, de nacionalidad argentina el 87% y residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 81%. La edad media es de 57 años, registrándose una edad máxima de 96 y una edad mínima de 19. Con respecto al rango etario, la población se reparte casi en partes iguales entre personas adultas y personas mayores (48% menores de 60 años y 52% de 60 años o más).

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	170	19	96	57,41	17,959
N válido (por lista)	170				

Grupo Etario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
16-29 años	14	8,2	8,2	8,2
30-45 años	29	17,1	17,1	25,3
46-59 años	38	22,4	22,4	47,6
60-75 años	61	35,9	35,9	83,5
76 o más años	28	16,5	16,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

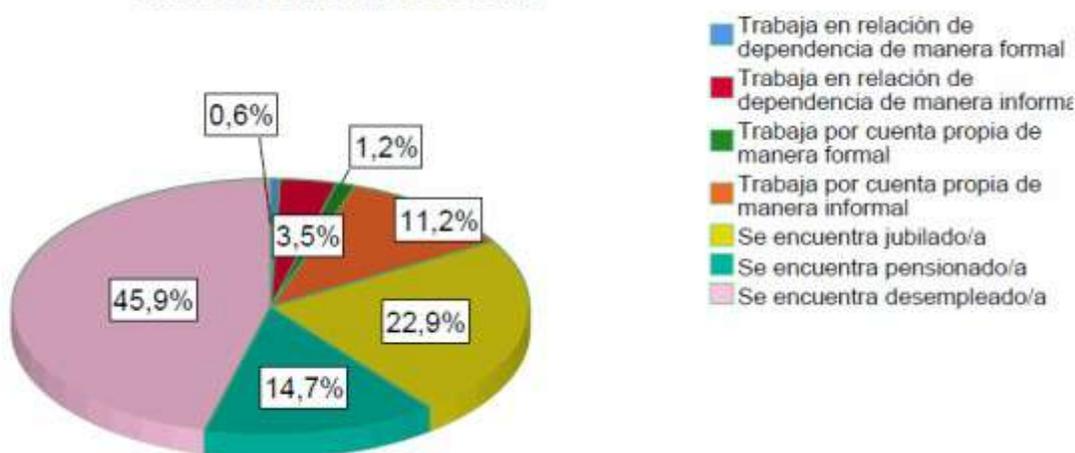


En relación con la inserción en el mercado laboral, el 38% son jubilados o pensionados, el 46% son desempleados y el 15% trabaja de manera informal. En lo que atañe a otras fuentes de ingreso (políticas de asistencia, ayuda de la red sociofamiliar), casi la mitad de la población del estudio (49%) no las posee, dependiendo exclusivamente de su trabajo o beneficio previsional para el sostén económico.

Situación Laboral/Previsional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabaja en relación de dependencia de manera formal	1	0,6	0,6	0,6
	Trabaja en relación de dependencia de manera informal	6	3,5	3,5	4,1
	Trabaja por cuenta propia de manera formal	2	1,2	1,2	5,3
	Trabaja por cuenta propia de manera informal	19	11,2	11,2	16,5
	Se encuentra jubilado/a	39	22,9	22,9	39,4
	Se encuentra pensionado/a	25	14,7	14,7	54,1
	Se encuentra desempleado/a	78	45,9	45,9	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Situación Laboral/Previsional

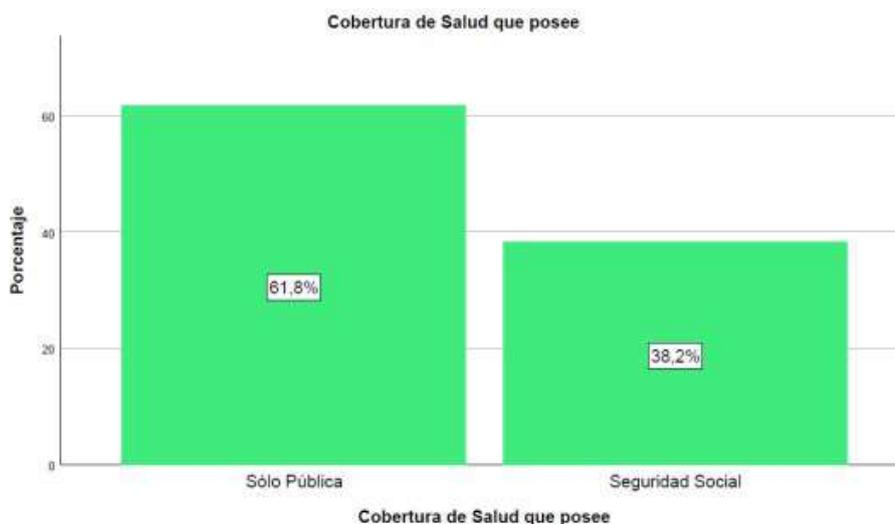


La mayor parte (62%) cuenta exclusivamente con cobertura pública de salud. De los que cuentan con cobertura de la seguridad social (38%), más de la mitad corresponden a PAMI (56%) y un tercio (33%) a Incluir Salud¹². La cobertura de otras instituciones es menor (11%).

12 Se hace referencia al Programa Federal Incluir Salud, cobertura con la que cuentan las personas beneficiarias de pensiones no contributivas en nuestro país.

Cobertura de Salud que posee

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sólo Pública	105	61,8	61,8	61,8
	Seguridad Social	65	38,2	38,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

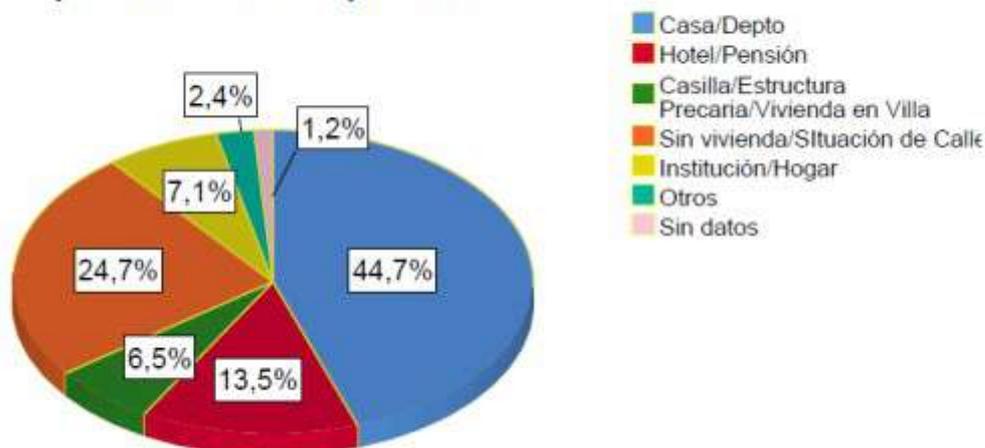


A diferencia de lo que puede suponerse a priori de los pacientes “sociales”, emparentados muchas veces con la imagen del “índigente”, el impacto de esta población es menor: quienes se encontraban en situación de calle son una cuarta parte de las personas del estudio (25%); en contrapartida, el 45% vivía en una casa o departamento previo a su internación. Asimismo, el 30% restante se reparte entre quienes residían en un hotel-pensión, en una construcción inadecuada o ubicada en un asentamiento urbano precario, en un dispositivo de tipo hogar y quienes se encontraban en otro tipo de arreglos residenciales precarios.

Tipo de Vivienda en la que habita

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Casa/Depto	76	44,7	44,7	44,7
	Hotel/Pensión	23	13,5	13,5	58,2
	Casilla/Estructura Precaria/Vivienda en Villa	11	6,5	6,5	64,7
	Sin vivienda/Situación de Calle	42	24,7	24,7	89,4
	Institución/Hogar	12	7,1	7,1	96,5
	Otros	4	2,4	2,4	98,8
	Sin datos	2	1,2	1,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

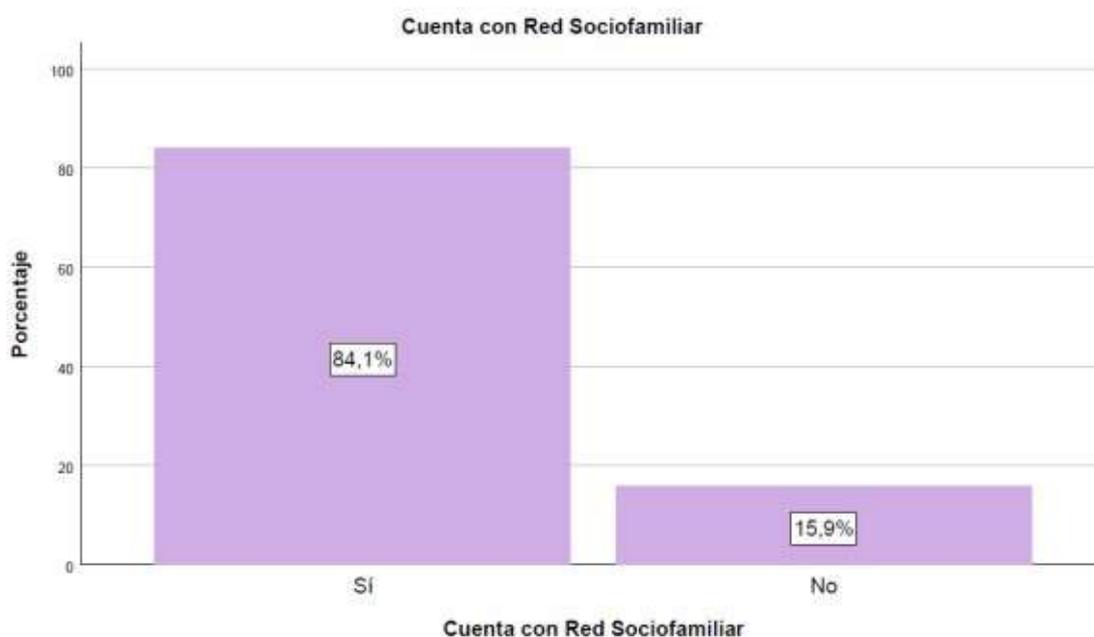
Tipo de Vivienda en la que habita



En esta línea, también de manera contraintuitiva respecto de lo que en muchas ocasiones suele pensarse de los pacientes “sociales”, esto es, que no tienen familia o que han sido abandonados por la misma, quedando en manos de la institución hospitalaria, el 84% cuenta con red sociofamiliar.

Cuenta con Red Sociofamiliar

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	143	84,1	84,1	84,1
	No	27	15,9	15,9	100,0
	Total	170	100,0	100,0	



Por lo tanto, la permanencia en los hospitales con posterioridad al alta no se encuentra directamente ligada al hecho de contar con un domicilio o con red familiar, sino a una cuestión más compleja, que en principio, podemos señalar, se compone de tres aspectos:

- Las características de las familias, esto es, cuántos son, cuál es su situación económica, cuáles sus obligaciones y condiciones laborales y de cuidado actuales y su disponibilidad de tiempo para poder ocuparse de la asistencia de una persona que, en la mayoría de los casos, no puede resolver por sí sola las actividades cotidianas.
- Las características de estos pacientes, es decir, cuánto apoyo requieren, lo que se traduce en horas, recursos económicos y trabajo que deben invertirse en su cuidado de acuerdo a su nivel de dependencia.
- El vínculo entre ambos, esto implica considerar si existieron conflictos, situaciones de violencia, o también un desgaste por situaciones crónicas de salud que ya llevaban años.

A continuación se abordará cada uno de estos aspectos.

Respecto a las características de las familias, una primera cuestión que puede señalarse atañe a su extensión: en consonancia con la disminución en la cantidad de miembros de los hogares que viene registrándose de manera sostenida en las estadísticas de población de nuestro país¹³, la red sociofamiliar que se hace presente al ser convocada por la institución de salud en la abrumadora mayoría de los casos (80%) son apenas 1 o 2 personas, en las que suelen depositarse en ocasiones todas las expectativas y responsabilidades de cara al egreso.

Una porción importante (41%) de estas familias no puede afrontar, sin apoyo de otras instancias, los costos económicos del cuidado de una persona dependiente; asimismo, más de la mitad (54%) no cuenta con posibilidades de brindar alojamiento a estos pacientes dadas las características del lugar en el que residen (espacio físico insuficiente, inaccesibilidad y demás condiciones de habitabilidad inadecuadas). Y si consideramos uno de los recursos principales que demanda el cuidado, que es el tiempo, sólo en el 13% de las familias relevadas habría personas con tiempo disponible suficiente para ocuparse de la atención de estos pacientes (sin considerar los demás aspectos bajo análisis). Sumado a ello, apenas en una de cada cinco familias aproximadamente (21%), encontraríamos personas con las capacidades y conocimientos requeridos para una tarea que demanda esfuerzos físicos y psíquicos, en ocasiones intensos, pero en todos los casos continuos, siendo una labor que por sus características intrínsecas no se puede acumular ni posponer.

Respecto a la dimensión vincular, aspecto también siempre presente en la actividad del cuidado, basta señalar que apenas en el 22% de los casos los familiares pueden plantearse la posibilidad de tomar a cargo el cuidado del paciente, encontrándose la mayor parte de las familias comprendida en los supuestos referidos anteriormente (situaciones de desvinculación, desgaste, conflictos, violencia); sin perjuicio de ello, no resulta infrecuente que, ante la cronificación de las internaciones, los equipos de salud busquen rastrear y convocar a familiares desvinculados desde hace décadas.

En conclusión, si agregamos las variables mencionadas con relación a las posibilidades de apoyo material y afectivo de las familias, encontramos que sólo en el 10% de los casos las familias podrían garantizar ambas cuestiones, esenciales e imprescindibles para el cuidado de una persona;

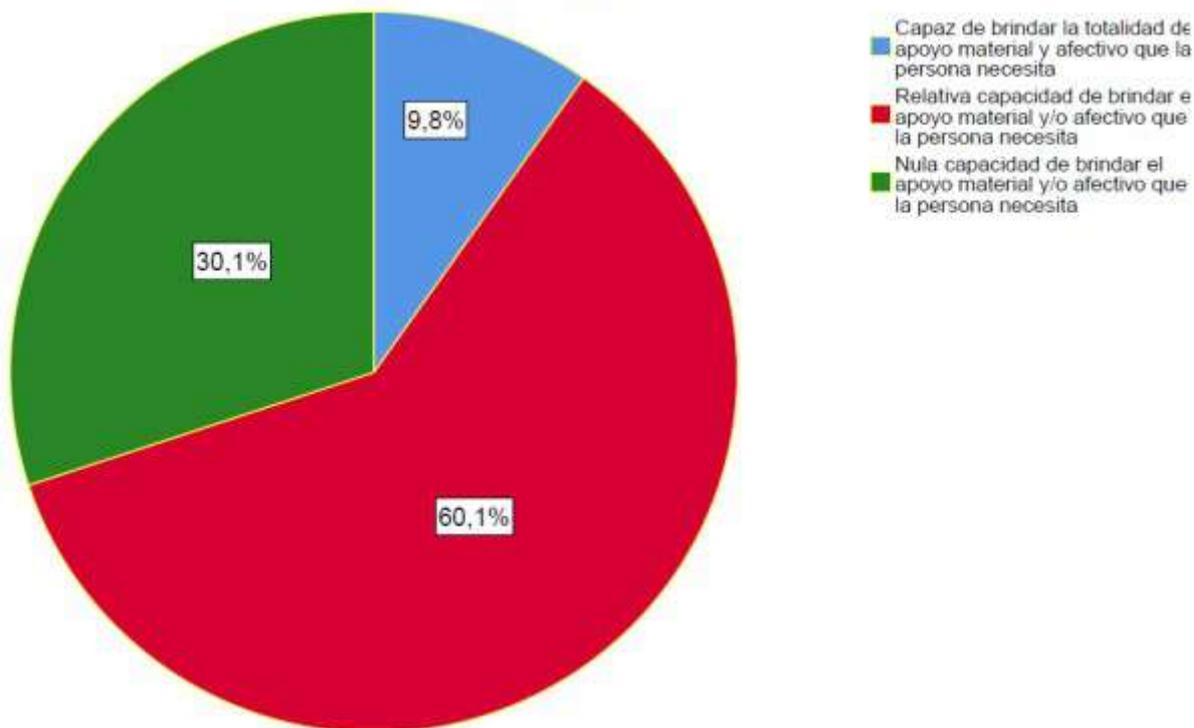
13 En la CABA esta tendencia se profundiza de modo tal que los hogares unipersonales aumentaron un 52,5% entre 2002 y 2021 (DGEYC-GCBA, 2022b).

en casi una tercera parte de los casos (30%) esta capacidad es nula. No obstante, la mayoría de las familias (60%) se ubica en una situación intermedia, en la que puede brindar determinados apoyos de manera relativa. Esto es un dato relevante al momento de pensar cómo construir estrategias de externación/cuidado al alta junto a las redes familiares, posibilitando arreglos intermedios. También permite pensar que estas capacidades de las familias podrían capitalizarse de manera más efectiva si existieran políticas de cuidado que brindaran apoyo tanto a los pacientes como a sus referentes para la organización/distribución de las tareas de cuidado.

Capacidad de Apoyo de la Red

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Capaz de brindar la totalidad del apoyo material y afectivo que la persona necesita	14	8,2	9,8	9,8
	Relativa capacidad de brindar el apoyo material y/o afectivo que la persona necesita	86	50,6	60,1	69,9
	Nula capacidad de brindar el apoyo material y/o afectivo que la persona necesita	43	25,3	30,1	100,0
	Total	143	84,1	100,0	
Perdidos (pacientes sin red)	Sistema	27	15,9		
Total		170	100,0		

Capacidad de Apoyo de la Red

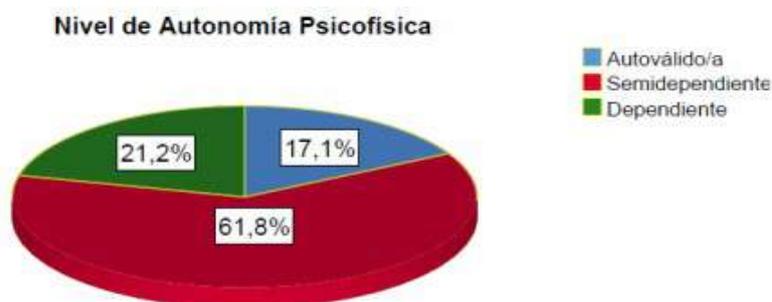


Respecto al tercer aspecto bajo análisis, referido a las necesidades de cuidado de los pacientes “sociales”, se observa que un 83% requiere de apoyo para las actividades de la vida diaria¹⁴. Este apoyo puede consistir en brindar una supervisión de la tarea que la persona ejecuta por sus propios medios (por ejemplo, controlar que no se aspire mientras se alimenta, alcanzar objetos, estar pendiente de que no pierda el equilibrio al vestirse, etc.), o bien, realizar la tarea que la persona, en las condiciones corporales y del entorno en las que se encuentra, no puede realizar por sí misma (por ejemplo, cambiarle los pañales, bañarla, higienizarla). En relación con esto, se registra que la única actividad que estos pacientes pueden desarrollar en una mayoría de los casos sin asistencia/supervisión es la alimentación (62%); no obstante, esto no implica que puedan organizar las condiciones para el desarrollo de la tarea, en este caso adquirir, preparar y servir los alimentos (esto es, lo que se conoce como trabajo indirecto de cuidado), todo lo cual deberá resolver otra persona en el rol de cuidador/a. En las demás actividades básicas relevadas (higienizarse, vestirse, usar el baño, moverse) en aproximadamente 6 de cada 10 casos se requiere de asistencia/supervisión. Como es de suponerse, el desarrollo de actividades más complejas (instrumentales) será un desafío aún mayor para esta población, por lo que requerirán de apoyos en mayor medida (alrededor de 3 de cada 4 de los casos).

En definitiva, si agregamos las necesidades de cuidado mencionadas, podríamos construir un gradiente de dependencia considerando un extremo en el que es posible para la persona llevar adelante la totalidad de las actividades de la vida diaria de manera autónoma y otro extremo en el que se requiere de apoyo para todas estas actividades, agrupando en el medio aquellas situaciones en las que se demanda una asistencia y/o supervisión para algunas actividades. Si distribuimos a la población del estudio en estas tres tipologías, encontraremos que el 21% es totalmente dependiente, el 62% semidependiente, mientras que apenas el 17% podría considerarse autoválido.

Nivel de Autonomía Psicofísica

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Autoválido/a	29	17,1	17,1	17,1
	Semidependiente	105	61,8	61,8	78,8
	Dependiente	36	21,2	21,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	



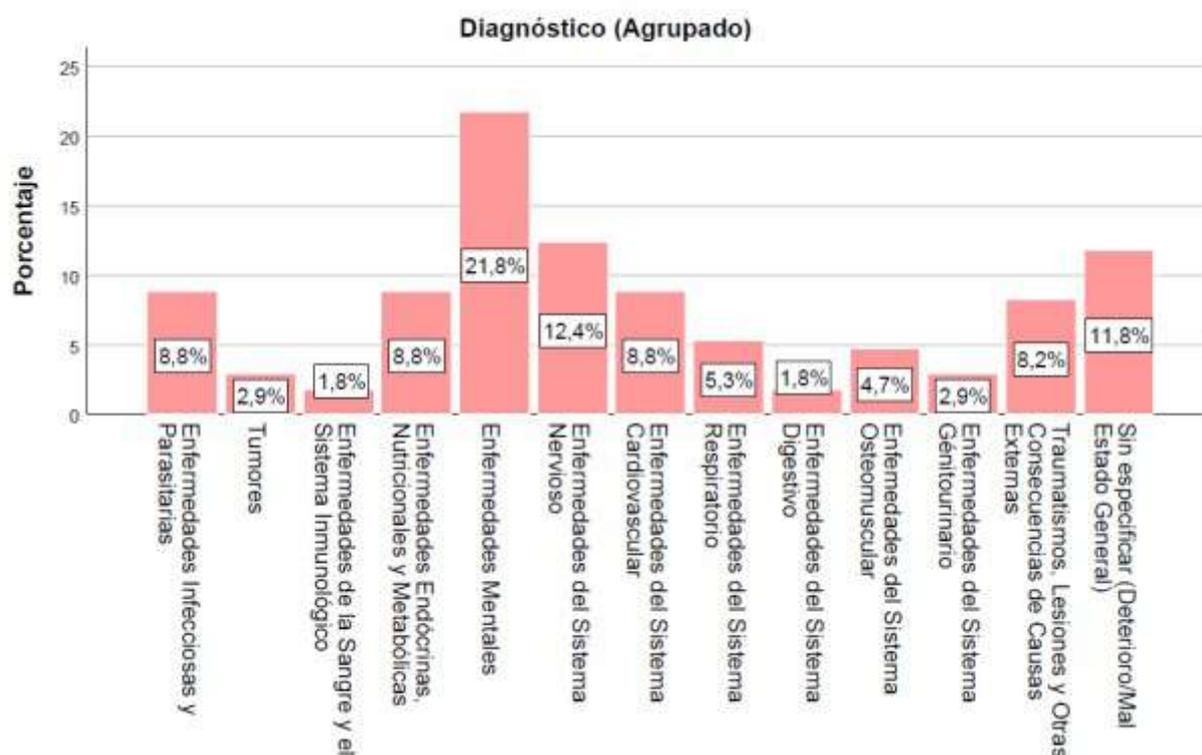
14 Las actividades de la vida diaria suelen clasificarse en básicas e instrumentales. Las actividades básicas se caracterizan por estar ligadas a la supervivencia, a las necesidades básicas, y estar dirigidas a uno mismo; habitualmente incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, entre otras. Las actividades instrumentales implican la interacción con el medio, e incluyen acciones tales como hablar por teléfono, usar medios de transporte, realizar compras y trámites, cumplir con tratamientos de salud, entre otras (Romero Ayuso, 2007).

Se observa así como, en muchos casos, el evento de salud que origina la internación es un parteaguas en la vida de personas que, hasta ese momento, se desempeñaban de manera independiente; en otros casos, la internación sobreviene como un capítulo más de un proceso de deterioro de las capacidades que se arrastra por años. Más allá de estas diferencias en las trayectorias y del motivo clínico de la hospitalización, lo cierto es que en ambos casos se produce un punto de quiebre en el cual ya no es viable para estos pacientes retornar a la forma de vida anterior. Aún superado el episodio agudo que motivó la internación, gran parte de esta población, como se señaló, ya no podrá desarrollar las actividades de la vida diaria sin apoyos de manera intensa y prolongada en el tiempo. En este sentido, cabe señalar que, entre las secuelas que presentan estos pacientes, la principal es la de tipo motora (60%), la cual, además, en 1 de cada 5 casos se presenta en combinación con otra (por ejemplo, mental-cognitiva, del habla y la comunicación, etc.).

En paralelo, resulta notable que la primera causa de internación, a diferencia de lo relevado en el año 2019, son las enfermedades mentales (ello se mantiene incluso si no se incluyen en el recuento los casos aportados por hospitales monovalentes). Y si sumamos a este número las personas internadas por otras causas pero que también conviven con problemáticas de salud mental, encontraremos que casi la mitad de la población del estudio (45%) presenta algún padecimiento psíquico (y de ellas, casi la mitad algún consumo problemático de sustancias), advirtiéndose la relevancia de este tipo de problemáticas de salud en los pacientes con internaciones prolongadas.

Diagnóstico (Agrupado)

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	15	8,8	8,8	8,8
	Tumores	5	2,9	2,9	11,8
	Enfermedades de la Sangre y el Sistema Inmunológico	3	1,8	1,8	13,5
	Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	15	8,8	8,8	22,4
	Enfermedades Mentales	37	21,8	21,8	44,1
	Enfermedades del Sistema Nervioso	21	12,4	12,4	56,5
	Enfermedades del Sistema Cardiovascular	15	8,8	8,8	65,3
	Enfermedades del Sistema Respiratorio	9	5,3	5,3	70,6
	Enfermedades del Sistema Digestivo	3	1,8	1,8	72,4
	Enfermedades del Sistema Osteomuscular	8	4,7	4,7	77,1
	Enfermedades del Sistema Génitourinario	5	2,9	2,9	80,0
	Traumatismos, Lesiones y Otras Consecuencias de Causas Externas	14	8,2	8,2	88,2
	Sin especificar (Deterioro/Mal Estado General)	20	11,8	11,8	100,0
	Total	170	100,0	100,0	



La presencia de padecimientos de salud mental/consumos problemáticos y de secuelas físicas adquiridas (por ejemplo, como consecuencia de intentos autolíticos, TECs, ACVs, entre otros) en la población del estudio abre un interrogante en torno a la relación que podría establecerse entre ambas condiciones, cuestión que sería de interés analizar con más profundidad en estudios posteriores, sobre todo si consideramos que el incremento de este tipo de padecimientos luego de la pandemia parece ser una realidad que llegó para quedarse.

En esta línea, otras modificaciones que registramos en el escenario de post pandemia, en comparación con los años anteriores, es que la edad media de las personas que permanecen internadas en los hospitales en condiciones de alta clínica ha descendido: pasó de 60,9 años para el relevamiento realizado en el año 2019 a 57,4 años en 2023. Esta diferencia de alrededor de 3 años sugiere que esta población presenta diversas precariedades y necesidades de cuidado a una edad cada vez más temprana. Al respecto, si bien nuestra sociedad ocupa un lugar en el lote de las sociedades envejecidas al tiempo que la expectativa de vida aumenta, este dato nos habla de que, en lugar de retardarse, el tiempo del deterioro se adelanta, sobre todo en las poblaciones más pobres. Es significativo mencionar que, si comparamos los datos del año 2019 y los del presente estudio, los grupos etarios que más aumentaron su presencia son los más jóvenes, y entre ellos, el grupo de pacientes de entre 16 y 29 años (de 4,5% a 8,2%), es decir que actualmente la población que no puede externarse es en una medida mayor población en edad de trabajar. No obstante, se registra al mismo tiempo un aumento significativo de la proporción de población desempleada (de 27,9% en 2019 a 45,9% en 2023).

Condiciones de egreso hospitalarios

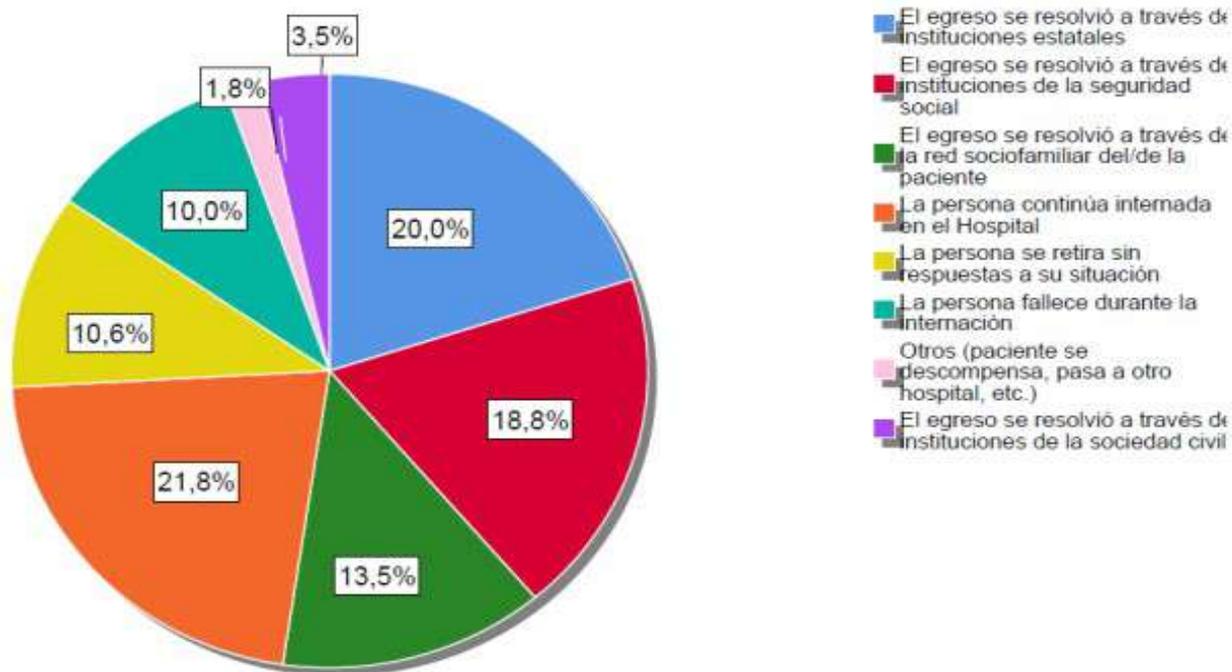
Llegados a este punto cabe preguntarse cómo se resuelve el egreso hospitalario de estos/as pacientes. A fin de organizar el escenario, de por sí complejo, y analizar las modalidades de egreso de la población del estudio, resulta útil recurrir a un esquema clásico del campo de estudios del cuidado, que como se señaló, implica considerar que en la resolución de las necesidades de cuidado de las personas participan 4 esferas de manera articulada: el Estado, el mercado, la comunidad y la familia (se incluye aquí además a la esfera de la seguridad social representada principalmente por organismos como PAMI e Incluir Salud, en tanto constituye un sector institucional de relevancia para esta población). En el apartado anterior se hizo referencia a las posibilidades de las familias; ahora bien, si observamos qué ofrecen las demás esferas para el cuidado post alta de estos/as pacientes, encontramos que la esfera del mercado se encuentra virtualmente ausente puesto que se trata de personas y familias que no cuentan con la capacidad económica de contratar servicios de cuidado de manera privada; asimismo, el papel de la esfera de las organizaciones de la sociedad civil resulta mayormente irrelevante en tanto no cuentan con ofertas de servicios de cuidado para población dependiente¹⁵. Por lo que el egreso de los pacientes “sociales” se cifra básicamente en las respuestas que puedan brindar las esferas de la familia y el Estado (incluyéndose también, como fue mencionado, a la esfera de la seguridad social, especialmente PAMI/Incluir Salud). En este sentido, cuando miramos en qué situación se encuentran los pacientes al finalizar el período del estudio, encontramos principalmente tres tipos de situaciones: la persona continúa internada en el hospital (22%); el egreso se resuelve a partir de instituciones públicas (20%); el egreso se resuelve a partir de instituciones de la seguridad social, principalmente PAMI e Incluir Salud (19%). En contrapartida, apenas en un 14% de los casos el egreso se resuelve a partir de la familia. Cabe señalar también que en 1 de cada 10 casos la persona fallece en la espera de respuestas.

Características de la Resolución de la Situación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido El egreso se resolvió a través de instituciones estatales	34	20,0	20,0	20,0
El egreso se resolvió a través de instituciones de la seguridad social	32	18,8	18,8	38,8
El egreso se resolvió a través de la red sociofamiliar del/de la paciente	23	13,5	13,5	52,4
La persona continúa internada en el Hospital	37	21,8	21,8	74,1
La persona se retira sin respuestas a su situación	18	10,6	10,6	84,7
La persona fallece durante la internación	17	10,0	10,0	94,7
Otros (paciente se descompensa, pasa a otro hospital, etc.)	3	1,8	1,8	96,5
El egreso se resolvió a través de instituciones de la sociedad civil	6	3,5	3,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

15 Una excepción a esto puede encontrarse en el caso de los hospices; no obstante, es una oferta que recorta una población destinataria muy específica (personas en fin de vida) y que no posee impacto sobre la población del estudio.

Características de la Resolución de la Situación



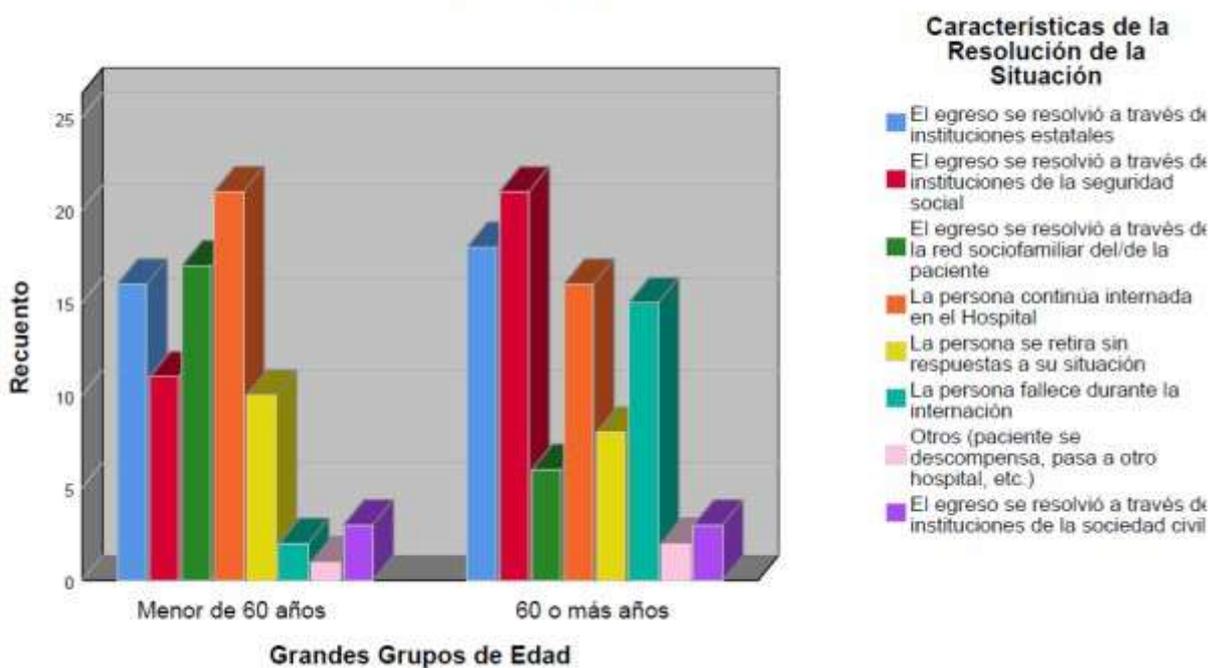
Ahora bien, si desagregamos cómo se resuelven las internaciones de estos pacientes según se trate de personas mayores o menores de 60 años, aparecen algunos matices, por ejemplo, el peso que adquieren las instituciones de la seguridad social y el Estado en la población mayor (resuelven el cuidado en casi la mitad de los casos) y la presencia de la familia en la población más joven (resuelven el cuidado en 1 de cada 5 casos), lo que se halla en consonancia con la oferta de políticas de cuidado existente, concentrada principalmente en la vejez. Como se sigue de ello, puede observarse que, para la población menor de 60 años, el principal resultado al finalizar los 6 meses de relevamiento es la permanencia en el hospital (1 de cada 4 casos).

Tabla cruzada Grandes Grupos de Edad*Características de la Resolución de la Situación

Recuento:

		Características de la Resolución de la Situación								Total
		El egreso se resolvió a través de instituciones estatales	El egreso se resolvió a través de instituciones de la seguridad social	El egreso se resolvió a través de la red sociofamiliar del/de la paciente	La persona continúa internada en el Hospital	La persona se retira sin respuestas a su situación	La persona fallece durante la internación	Otros (paciente se descompensa, pasa a otro hospital, etc.)	El egreso se resolvió a través de instituciones de la sociedad civil	
Grandes Grupos de Edad	Menor de 60 años	16	11	17	21	10	2	1	3	81
	60 o más años	18	21	6	16	8	15	2	3	89
Total		34	32	23	37	18	17	3	6	170

Gráfico de barras

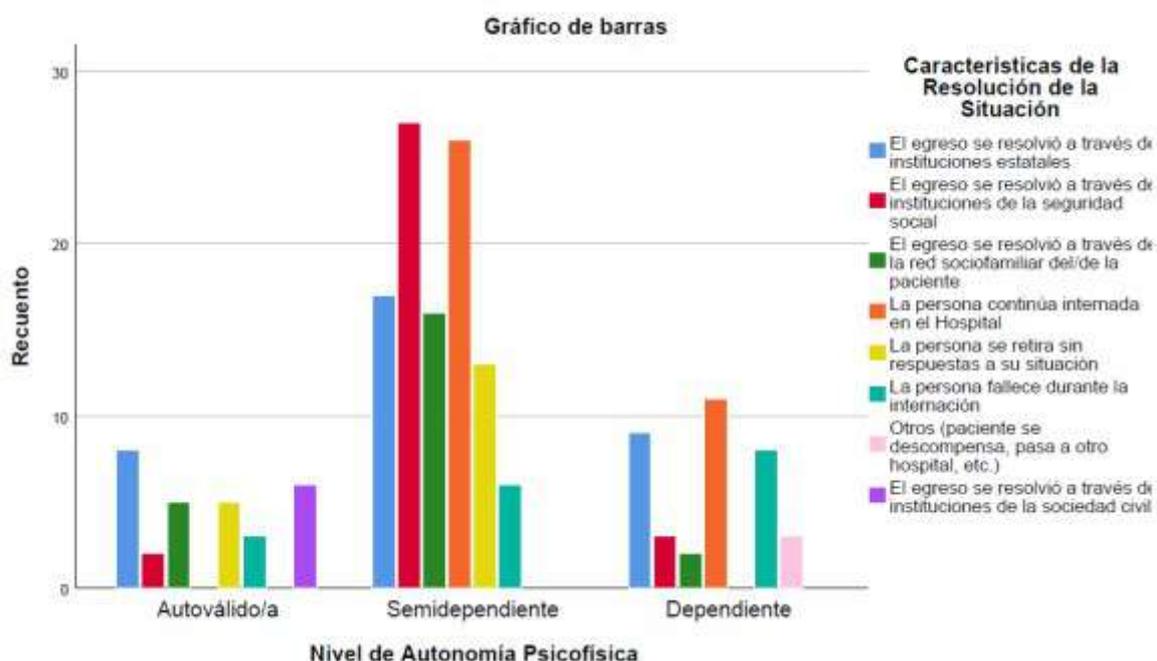


Asimismo, si analizamos cómo se resuelven estas internaciones según el nivel de dependencia de los pacientes, encontraremos que las alternativas para aquellos dependientes son, en primer lugar, permanecer en el hospital, y luego, el egreso a través de instituciones estatales; algo similar se observa en la población semidependiente, que resuelve su egreso a través de instituciones de la seguridad social, o bien, permanece internada, principalmente. Este panorama varía apenas en el caso de aquellos considerados autoválidos, en el que se vislumbran otras posibilidades de egreso, como por ejemplo, la articulación con organizaciones de la sociedad civil, ausente en las demás situaciones.

Tabla cruzada Nivel de Autonomía Psicofísica*Características de la Resolución de la Situación

Recuento

Nivel de Autonomía Psicofísica	Autoválido/a	Características de la Resolución de la Situación							Total	
		El egreso se resolvió a través de instituciones estatales	El egreso se resolvió a través de instituciones de la seguridad social	El egreso se resolvió a través de la red sociofamiliar del/de la paciente	La persona continúa internada en el Hospital	La persona se retira sin respuestas a su situación	La persona fallece durante la internación	Otros (paciente se descompensa, pasa a otro hospital, etc.)		El egreso se resolvió a través de instituciones de la sociedad civil
	Autoválido/a	8	2	5	0	5	3	0	6	29
	Semidependiente	17	27	16	26	13	6	0	0	105
	Dependiente	9	3	2	11	0	8	3	0	36
	Total	34	32	23	37	18	17	3	6	170



Respecto al tiempo de internación en condiciones de alta hospitalaria, se registra una media de 118 días, con un máximo de 549¹⁶ y un mínimo de 5 días. Si se agrupan estos datos por meses, alrededor de una cuarta parte de la población (26%) permanece más de 6 meses internada, y sólo 1 de cada 5 aproximadamente (19%) logra abandonar el hospital en un período menor a un mes desde que se encuentra en condiciones de egreso.

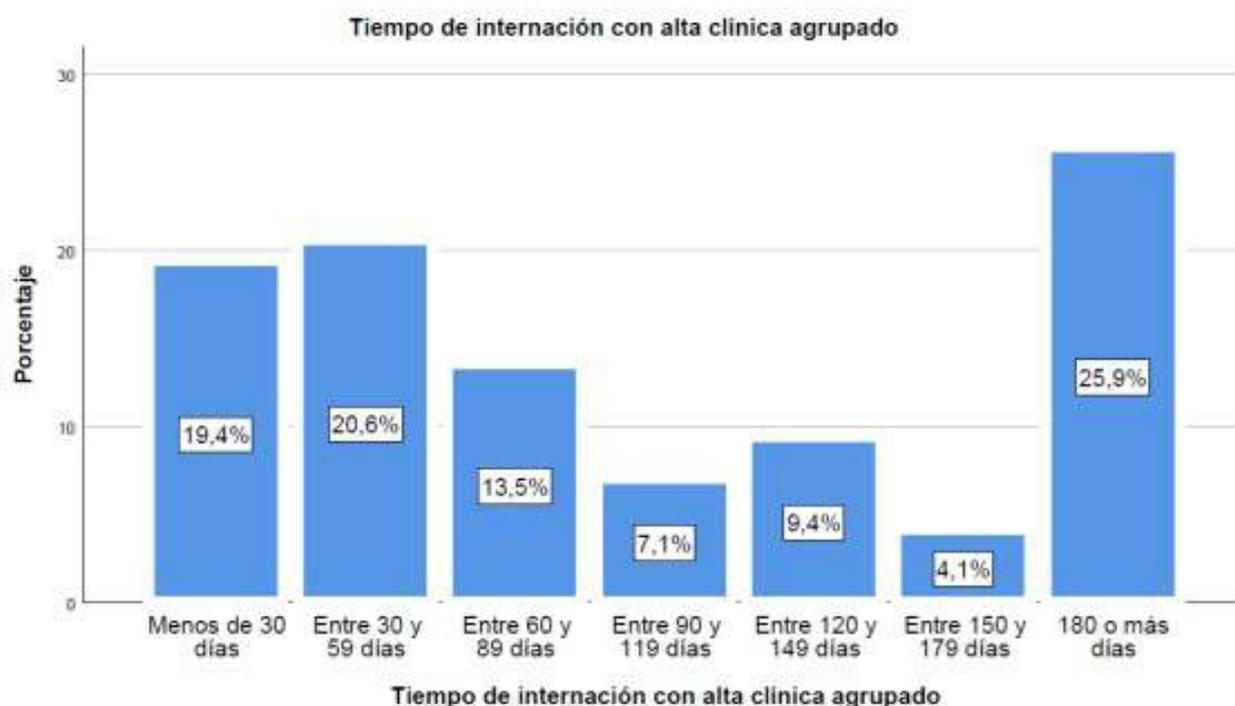
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Tiempo que el/la paciente permanece Internado/a con Alta Clínica (cantidad de días)	170	5	549	118,06	110,253
N válido (por lista)	170				

Tiempo de internación con alta clínica agrupado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menos de 30 días	33	19,4	19,4	19,4
Entre 30 y 59 días	35	20,6	20,6	40,0
Entre 60 y 89 días	23	13,5	13,5	53,5
Entre 90 y 119 días	12	7,1	7,1	60,6
Entre 120 y 149 días	16	9,4	9,4	70,0
Entre 150 y 179 días	7	4,1	4,1	74,1
180 o más días	44	25,9	25,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

16 Cabe señalar que este valor puede alcanzar valores aún mayores para la población del estudio, ya que para los casos en que los pacientes continuaban internados al momento de cierre del relevamiento efectuado, se asignó una fecha de alta ad hoc coincidente con el último día del período recortado para la investigación.



Resulta un hallazgo destacable que la mayor prolongación de la internación se da en los pacientes menores de 60 años, especialmente en aquellos cuya franja etaria se encuentra entre los 46 y los 59 años (aproximadamente 1 de cada 5 casos). Sobre esto puede señalarse que desde los 50 años en adelante se concentra casi la mitad de las discapacidades¹⁷, y como se indicó al inicio de este trabajo, la correlación entre edad y discapacidad se encuentra demostrada estadísticamente; no obstante, lo interesante aquí es cómo la discapacidad comienza a tallar en una franja de edad que se ubica aproximadamente entre los 50 y los 60 años, a la vez que esta población no puede acceder aún a las instituciones y políticas públicas de cuidado existentes, destinadas mayormente a la población mayor de 60 años. Como se señaló, además, esta población está desafiada del trabajo formal y por lo tanto no cuenta con acceso a la seguridad social.

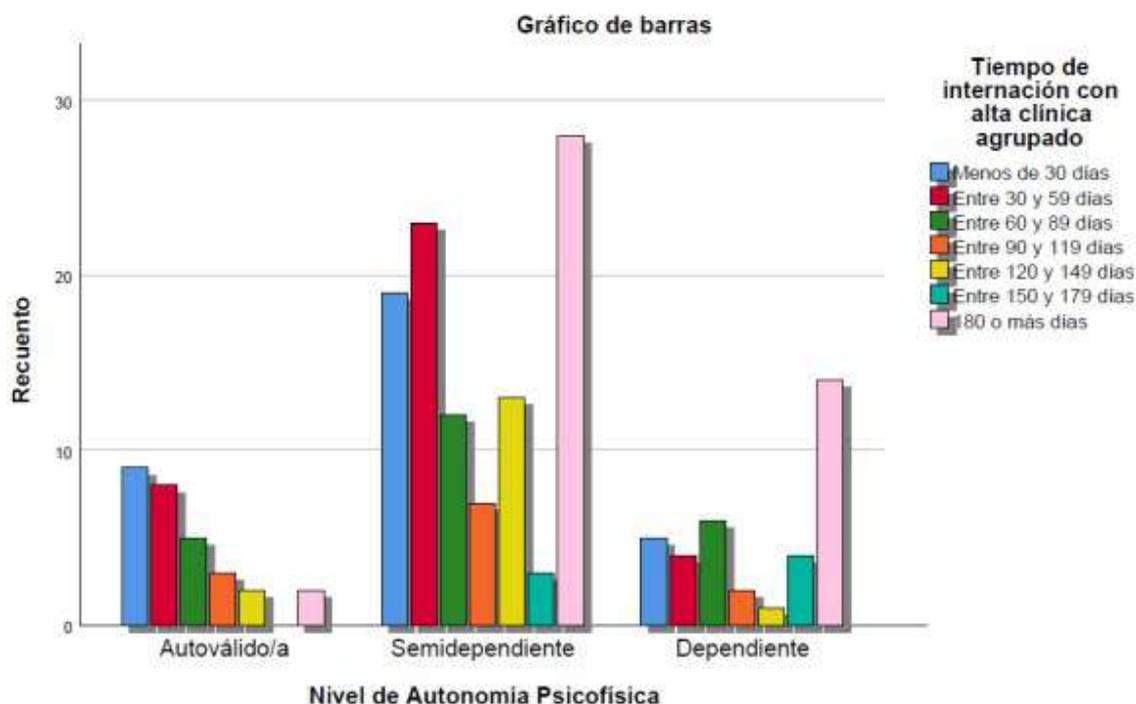
Asimismo, cuando observamos quiénes permanecen mayor cantidad de días internados, se registra que es aquella población que presenta niveles de semidependencia y dependencia, evidenciándose así nuevamente los déficits existentes en términos de políticas de cuidado para personas adultas: servicios que brinden alojamiento y cuidados, pero también servicios de cuidado o apoyaturas en domicilio, dispositivos que brinden cuidados durante el día, de manera flexible, atento a la diversidad de situaciones de dependencia y en consecuencia, de requerimientos de apoyo.

17 Encuesta Nacional de Discapacidad (2002-2003) y Censo de Población (2010). Según análisis de Pantano (2009) y Venturiello (2016), citado en Venturiello (ídem).

Tabla cruzada Nivel de Autonomía Psicofísica*Tiempo de internación con alta clínica agrupado

Recuento

		Tiempo de internación con alta clínica agrupado							Total
		Menos de 30 días	Entre 30 y 59 días	Entre 60 y 89 días	Entre 90 y 119 días	Entre 120 y 149 días	Entre 150 y 179 días	180 o más días	
Nivel de Autonomía Psicofísica	Autoválido/a	9	8	5	3	2	0	2	29
	Semidependiente	19	23	12	7	13	3	28	105
	Dependiente	5	4	6	2	1	4	14	36
Total		33	35	23	12	16	7	44	170



Es interesante dar cuenta de que, si bien cuando describimos las modalidades de egreso distinguimos analíticamente esferas de manera separada, cada una de las instituciones estatales, de la seguridad social, de la sociedad civil, con las que se articulan derivaciones conforman un entramado complejo, en el que se superponen prestaciones y se cruzan fuentes de financiamiento (por ejemplo, las residencias de larga estadía del GCBA para personas mayores alojaban al momento del estudio personas con cobertura de PAMI e Incluir Salud, el Estado nacional financia diversas prestaciones por discapacidad a las obras sociales, organizaciones sociales como Cáritas son parcialmente subsidiadas por el Estado, etc.), caracterizándose el escenario institucional por la fragmentación, heterogeneidad y por la convivencia de diversas ofertas que segmentan poblaciones destinatarias específicas y operan bajo racionalidades disímiles.

Si bien estas son características de largo plazo, cabe señalar que las mismas parecen haberse profundizado en los últimos años: en relación con el relevamiento anterior, ha aumentado la proporción de quienes permanecen internados en condiciones de alta hospitalaria por más de 180 días; actualmente representan una cuarta parte del total, mientras que en el período pre pandemia no llegaban a uno de cada cinco, dato que nos permite inferir aún mayores déficits y demoras en las políticas públicas y del subsector de la seguridad social a la hora de brindar respuestas.

Vida cotidiana en el Hospital

Sobre el escenario descrito se desarrollan las situaciones de internación prolongada y las estrategias que se buscan construir con miras a su resolución. En el interín, estos/as pacientes transcurren meses y años en el hospital, acusando una serie de impactos materiales e inmateriales. Atravesar una internación supone siempre un quiebre en la vida cotidiana de las personas y sus familias; la rutina habitual se suspende y los días se organizan bajo otras coordenadas, otras ansiedades, otras actividades. Los/as pacientes internados/as se ven sometidos a las normas de funcionamiento de la institución hospitalaria (horarios propios de la dinámica de atención, espacio físico compartido con otros), muchas veces la comunicación con los profesionales es compleja y la incertidumbre y los temores sobre el estado de salud y el porvenir se hacen presentes. Cabe señalar que en los hospitales de salud mental la dinámica institucional adopta otras características: las personas internadas cuentan con permisos de salida, por horas o días, para realizar visitas familiares, actividades educativas, recreativas, trámites, etc. Además dentro del predio se ubican otras instituciones: Escuela Primaria, Secundaria, Centro de Formación Profesional y Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, abiertos tanto a la población internada como a toda la comunidad.

No obstante, los impactos de la hospitalización sobre los pacientes son palpables cuando se extiende en el tiempo y más de lo deseable su permanencia en la institución, debiendo sumarse en estos casos la posibilidad de que sufran interurrencias en su salud, de que se encuentren expuestos a infecciones hospitalarias, y con mucha probabilidad, de que experimenten alguna merma en sus capacidades (deterioro muscular y articular que deviene del tiempo prolongado de estar acostado en una cama, desorientación por transcurrir la cotidianeidad en un espacio sin las referencias habituales, entre otros). Otra cuestión a destacar es la dinámica de las relaciones interpersonales en la internación: el efecto del fallecimiento o ingreso de otros pacientes, las redes de acompañamiento entre familiares, los conflictos de la convivencia en la sala, etc.

Respecto de las expectativas de los pacientes, existe un amplio abanico que recorre desde quienes viven un severo impacto emocional al no poder concretar el egreso de la institución y quienes se sienten alojados en la misma, produciéndose un efecto de acostumbramiento a la situación en el que los días transcurren idénticos sin que surja ya la inquietud por el alta. Se dan también situaciones ambiguas, debidas a la complejidad del escenario sobre el cual trabajamos, de personas que se sienten alojadas y acostumbradas pero que a la vez sufren el impacto emocional y la angustia de saber que no cuentan con una alternativa viable para egresar del hospital. En general, quienes vivían de manera autónoma expresan el deseo de retornar a su domicilio, siendo la situación de dependencia en la que se encuentran profundamente dolorosa, y arrojando la comparación con el pasado un saldo de enormes pérdidas. Se da en ocasiones, en este tipo de situaciones, una forma de resolución paradójica, y es que, ante la imposibilidad de organizar los apoyos en el hogar, las personas terminan institucionalizadas, y su domicilio, deshabitado.

También para las redes sociofamiliares la enfermedad de uno de sus integrantes desestructura la vida cotidiana. En este proceso, los familiares sufren, se preocupan, tienen miedo, las relaciones y

roles se alteran y afloran sentimientos diversos. Su rutina se modifica, y deben muchas veces hacer malabares para poder acompañar en la internación en paralelo al sostenimiento de las obligaciones laborales y de cuidado de otras personas de la familia. Ello genera un impacto mayor cuando la permanencia en la institución comienza a prolongarse, observándose no con poca frecuencia cómo la red de apoyo de los pacientes comienza a desgastarse, disminuyendo en su tamaño y capacidad de apoyo a medida que transcurren semanas y meses de internación. En este sentido, es muy frecuente observar que en los primeros días los pacientes se encuentran acompañados por varias personas, que se turnan y comparten el sostén de la internación; y que al cronificarse la situación, cada vez son menos quienes concurren al hospital, quedando en muchos casos el acompañamiento depositado en una única persona que debe gestionar en soledad las diversas cuestiones que van surgiendo. Cabe señalar que esta persona, como indican las estadísticas sobre uso del tiempo en nuestro país, probablemente sea una mujer¹⁸.

Respecto de los cuidados requeridos al alta por parte de las personas internadas, sus redes sociofamiliares muchas veces no poseen el conocimiento de cómo brindarlos, en especial cuando involucra cuestiones terapéuticas que hay que atender. En todos los casos, no obstante, es necesario poder organizarse, y eso lleva cierto tiempo. Los referentes afectivos deben, en general, de manera repentina, gestionar una serie de cuestiones sociales, económicas o sanitarias necesarias para viabilizar el egreso, que no pueden anticipar, muchas veces sin la información o los recursos necesarios y también, con frecuencia, con dificultades para comprender y accionar con efectividad. Ocuparse de cuidar a una persona que requiere asistencia para alimentarse, para vestirse, para bañarse, para ir al baño, para cambiar de posición, etc., cada día y todos los días, insume tiempo, dinero, cuerpo y mente dedicados a esa actividad. Resulta fácil imaginar el impacto a nivel de la organización cotidiana de un hogar de asumir esta labor, y en consecuencia, las dudas, temores, reticencias y resistencias de muchas familias cuando esto se pone sobre la mesa. Sobre todo si tenemos en cuenta que en muchos casos ello no es viable ni económicamente (por el costo que implica el cuidado de la atención de una persona adulta dependiente) ni en términos de disponibilidad de tiempo (puesto que estas tareas, lejos de distribuirse entre diferentes integrantes de la red, tienden a delegarse implícita o explícitamente en una sola persona).

Para el equipo de salud, la atención y seguimiento de los pacientes en situación de internación prolongada no se presenta tampoco exenta de contradicciones. Por una parte, los profesionales poseen cabal conciencia de los deterioros y riesgos para la salud que entraña la permanencia en el hospital, así como del déficit persistente de camas de internación en el sector público, todo lo cual cimienta preocupaciones con las cuales es imposible disentir. No obstante, en algunos casos, la prolongación en el tiempo de este tipo de situaciones se interpreta como el resultado de decisiones de familias que “abandonan” a los pacientes en el hospital y/o de pacientes que desean permanecer en la institución: surge el planteo de que los pacientes o sus familiares se encontrarían cómodos con la internación, que les evita tener que resolver cuestiones de alojamiento y cuidados de otra manera. Así, en ocasiones, ante situaciones que aparecen sin perspectivas claras de resolución en el corto plazo, la mirada puede volverse hacia los pacientes y sus redes, perdiendo de vista que muchas veces no se trata de la disposición a dejar la institución sino, por el contrario, de cuestiones estructurales que constituyen el denominador común de la mayoría de estas situaciones, como se viene señalando, y que obligan a mirar hacia afuera del hospital en busca de respuestas.

En definitiva, la “vida” en el hospital -una vez que se cuenta con el alta clínica- está marcada por la iatrogenia (las infecciones intrahospitalarias, los deterioros en la socialización, los obstáculos

18 Sólo a modo de ejemplo, de acuerdo con los últimos datos disponibles, el tiempo que destinan en promedio las mujeres al trabajo de cuidado no remunerado duplica el tiempo que dedican los varones (6:31 horas por día vs 3:40 horas por día) (INDEC, 2022).

en la rehabilitación), la vulneración de derechos, y también, por no pocas tensiones entre todos los actores involucrados: las demandas del equipo de salud enfocado a la atención en las salas de internación vs. los tiempos que implica la resolución de las externaciones; las expectativas de los pacientes y del equipo de salud vs. las limitaciones que presentan las instituciones para dar respuesta a lo requerido; las expectativas de los pacientes vs. la alternativa que se analiza como viable para el egreso; las expectativas del equipo de salud respecto de la respuesta de las redes sociofamiliares vs las reales posibilidades de éstas.

Internaciones prolongadas, pandemia y después

Las situaciones expuestas hasta aquí pueblan el paisaje habitual de los hospitales públicos desde hace años. Como se mencionó, hemos dado cuenta de ello en investigaciones anteriores (Brovelli et al., 2015; Battaglia et al., 2019), en las que además de caracterizar a la población que cursa internaciones prolongadas, examinamos el mosaico de políticas e instituciones llamadas a dar respuesta al cuidado de estos pacientes, señalando los déficits y los vacíos existentes.

En relación con esto, suele plantearse que las políticas de cuidado se componen de tres aspectos: tiempo para cuidar (esquemas de licencias laborales), dinero para cuidar (transferencias monetarias, o en especie, que pueden asignarse al cuidado) y servicios de cuidado (ya sea en instituciones especializadas o en domicilio) (Ellingsæter & Leira, 2006).

Al respecto, el escenario institucional que encontrábamos previo a la irrupción de la pandemia por COVID-19 se caracterizaba por una serie de cuestiones:

- En términos de transferencias monetarias, los montos de las jubilaciones y de las pensiones por discapacidad, así como los subsidios para contratar cuidadores/asistentes personales/acompañantes terapéuticos, resultaban a todas luces insuficientes para cubrir los costos de contratación de servicios de cuidado de manera privada; del mismo modo, estos montos tampoco permitían que algún miembro de la familia pudiera abandonar el trabajo remunerado para dedicarse al cuidado. A modo de ejemplo, el costo mensual de contratar cuidadores domiciliarios equivalía aproximadamente a un salario mínimo y, como se deduce, excedía al monto de una jubilación mínima. Desde ya, el costo de dispositivos como centros de día u hogares, resultaba más inaccesible aún, duplicando e incluso quintuplicando el valor del cuidado en domicilio.
- En lo que atañe a servicios públicos de cuidado, para las personas mayores que presentan cierto nivel de dependencia la única alternativa propuesta resultaba ser la institucionalización, ya que los demás servicios que componían la oferta de cuidado para esta población (centros de día y acompañantes gerontológicos domiciliarios) se destinaban a aquellos autoválidos; para las personas dependientes menores de 60 años, en cambio, ni siquiera la institucionalización resultaba una alternativa viable, ya que todos los servicios se dirigían a aquellos con menores requerimientos de cuidado.
- En la esfera de la seguridad social (se hace referencia especialmente a PAMI e Incluir Salud) encontramos como alternativa únicamente la institucionalización de las personas (con discapacidad y mayores): en el caso de Incluir Salud porque no existía de hecho otro tipo de oferta; en el caso de PAMI porque los montos otorgados para solventar el cuidado en domicilio resultaban irrelevantes respecto de los costos del cuidado en el mercado, no alcanzando a cubrir el 20% de su valor.

- En la órbita de la sociedad civil, encontramos una oferta de servicios dispersa y ampliamente segmentada y orientada casi en su totalidad a personas autoválidas.
- En el ámbito del mercado se encontró una amplia y diversificada oferta de servicios de cuidado, pero como se expuso, dado el costo de este tipo de servicios, absolutamente inviable para amplios sectores de población.

En el año 2020, la irrupción de la Pandemia por COVID-19 produjo una altísima demanda de camas de internación que obligó a la adopción de una serie de medidas urgentes. Simultáneamente, ello dejó aún más en evidencia la situación de camas de hospitales ocupadas por personas en condiciones de egreso que esperaban un recurso de alojamiento/cuidado.

En este complejo contexto, el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires debió elaborar en forma rápida estrategias para abarcar la demanda y la necesidad de atención de los pacientes con coronavirus en los hospitales de agudos. Se determinó entonces la conformación de sectores exclusivamente destinados para estos pacientes dentro de los hospitales, y en relación con las personas que se encontraban internadas en condición de egreso, se creó un sistema integrado a través del cual las mismas fueron trasladadas a hospitales monovalentes, continuando en la nueva institución las acciones para lograr el alta hospitalaria. Dichos hospitales fueron: Hospital Borda, Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Hospital Lagleyze, Hospital Santa Lucía, Hospital Rocca y Hospital Moyano.

Si bien en ese momento de pandemia e inminente amenaza a la salud global dicha resolución fue necesaria, al momento de realización del presente estudio y, tras la experiencia adquirida, continúan sin crearse mejores y adecuadas alternativas de cuidado para esta población. Finalizada la pandemia, y más allá de algunos avances legislativos¹⁹, no se observan cambios respecto a la oferta de servicios de cuidado ni en el ámbito de la seguridad social ni en la esfera de la sociedad civil.

En la órbita del mercado, los costos del cuidado han aumentado en mayor medida que los ingresos de la población, haciendo que sean aún más inaccesibles: para el período relevado en el presente estudio, el costo del servicio de hogar era alrededor de \$450.000²⁰ y el de centro de día cerca de \$250.000²¹, mientras que el valor mensual del cuidado domiciliario rondaba los \$160.000²² (en el caso de acompañantes terapéuticos, alrededor de \$300.000²³). Si consideramos que el salario mínimo en el mismo período alcanzaba un valor de \$132.000²⁴, y la jubilación mínima \$114.460²⁵, mientras que PAMI brindaba \$11.312²⁶ mensuales para la contratación de cuidadores, veremos fácilmente que para una gran cantidad de familias resulta inviable la contratación de estos

19 Ley 27.678 de cuidados paliativos, Ley 27675 de respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, Decreto 475/2021 de Reconocimiento de Aportes por Tareas de Cuidado, entre otras.

20 Valor a partir de octubre, según Resolución Conjunta N° 7/2023, Ministerio de Salud y ANDIS. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/297946/20231107>

21 Idem

22 Valor a partir de octubre, según Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares. <https://www.ospacp.org.ar/sueldos.php/>

23 Valor a partir de diciembre, estimado a partir del valor/hora de prestación según la obra social IOMA. <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/sistemas/tablasdin/at/at.php>

24 Valor a partir de octubre, según Resolución N° 15/2023, Consejo Nacional del empleo, la productividad y el salario mínimo, vital y móvil. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/295159/20230929>

25 Valor a partir de septiembre, según Resolución 189/2023, ANSES. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/292897/20230828>

26 Valor a partir de noviembre, según Resolución 1935/2023, INSSJP, Aumento de Valores Nomenclador Común y Cápita 2023. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/RESOL-2023-1935-INSSJP-DE-INSSJP.pdf

servicios, especialmente en situaciones de dependencia elevada que requieren apoyo durante varias horas, todos los días. Cabe mencionar que ello no sólo es inaccesible para quienes perciben ingresos mínimos sino también para las familias con ingresos medios, ya que el salario promedio para un trabajador registrado en el período analizado era de \$420.706,55²⁷. En función de ello, el costo mensual de contratar cuidadores domiciliarios ya no equivale a un salario mínimo, como en 2019, sino que lo supera (y mucho más, a la jubilación mínima), pero además constituye casi un 40% del salario promedio. El desfase producido es aún mayor en el caso de los subsidios que brinda PAMI para la contratación de este servicio, que en la actualidad ya no cubren ni el 10% del valor de los mismos. Desde ya que el acceso a los servicios de centro de día y hogares resulta aún más restrictivo, en tanto representa más de la mitad o incluso supera el valor de un salario medio, respectivamente²⁸.

En la esfera del Estado, luego de la pandemia, permanece el equipo creado en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires para la gestión de las situaciones de “egreso dificultoso”; asimismo se habilitó una sala de internación para derivación de pacientes varones “crónicos” en el Hospital Borda.

Al respecto, es posible pensar que la creación de esta nueva sala de internación continúa en cierta forma la medida desarrollada en tiempos de pandemia para ubicar a pacientes crónicos fuera de los hospitales de agudos. Ahora bien, podríamos preguntarnos si la habilitación de nuevas salas para pacientes crónicos resuelve las dificultades enunciadas en este trabajo. En principio, puede ser una medida útil para disminuir aspectos iatrogénicos de la permanencia en los hospitales de agudos y se constituye en una instancia intermedia donde trasladar a pacientes que aguardan por un destino fuera de los hospitales. Al mismo tiempo, deja a la vista la problemática que analiza este documento y los anteriores: la escasez de respuestas desde la política social para abordar la necesidad de cuidados de gran parte de la población que no puede resolver estas situaciones de manera privada. En definitiva, y para que la respuesta a la pregunta enunciada pudiera ser afirmativa, esta iniciativa debería, lejos de ser una medida aislada, poder integrarse en un sistema de políticas de cuidado que promoviera la rehabilitación y autonomía de las personas.

Conclusiones y recomendaciones

En el presente trabajo se buscó analizar la situación de las personas que permanecen internadas aunque se encuentren en condiciones de egreso hospitalario, estableciendo algunas comparaciones con los datos obtenidos en las investigaciones anteriores sobre la misma población. Para desentrañar las variables que operan en la prolongación de estas internaciones debimos mirar hacia afuera de los hospitales y situarnos en un escenario donde ni las políticas sociales ni las familias alcanzan a resolver las necesidades de cuidado de una población cada vez más envejecida, así como atravesada por la discapacidad y las enfermedades crónicas, todo lo cual produce tensiones y demandas crecientes que se suman a las demandas de salud históricas y presionan sobre el hospital.

Estas son cuestiones estructurales que plantean desafíos tanto en lo que se refiere al abordaje institucional como respecto de las respuestas de la política pública. En relación con esto, si bien la

27 Valor correspondiente al mes de octubre, según Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE), MTEYSS. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/06/ripte_enero2025-mdch.pdf

28 Los datos aquí reseñados se encuentran en consonancia con lo que indican las estadísticas a nivel nacional respecto de la oferta de servicios de cuidado: de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, “quienes pueden contratar servicios domésticos y de cuidado en el mercado (a través de su remuneración) representan a menos de 1 de cada 10 de los hogares que demandan cuidado (8,9%)”. El Estado y la comunidad presentan una muy baja incidencia en la provisión de servicios de cuidado” (INDEC, 2022, p.60).

temática del cuidado adquirió centralidad en la agenda en los últimos años, y la irrupción de la pandemia puso el tema sobre el tapete de manera ostensible (así como desnudó la realidad de los pacientes bajo estudio), cierto es que no se ha logrado avanzar en la construcción de un sistema integral de cuidados que pueda articular las ofertas existentes y paliar las insuficiencias detectadas. Persisten los déficits en términos de servicios públicos de cuidado para personas adultas, así como las limitaciones en lo que atañe a apoyos domiciliarios, asignaciones monetarias, prestaciones de rehabilitación, lo cual, como se señaló, sobrecarga en general a las familias, y en especial en los casos que aquí se analizan, a la institución hospitalaria.

En particular, las dificultades para el acceso a la rehabilitación forman un cuello de botella que posee consecuencias gravosas para las personas de este estudio, en tanto constituyen oportunidades perdidas de cara al desarrollo de una vida con mayores niveles de autonomía. Ello interpela a pensar en cómo debería ir readecuándose la oferta prestacional en salud en función de las transformaciones demográficas y epidemiológicas, que plantean una serie de nuevas necesidades que resulta urgente abordar.

En lo que atañe a la oferta de prestaciones en salud mental, se registra una falta de recursos que favorezcan la externación y el tratamiento ambulatorio. Habiéndose cumplido el plazo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 para el cierre definitivo de los neuropsiquiátricos en Argentina, los dispositivos de residencias y hogares convivenciales, acompañantes terapéuticos, entre otros, son a las claras insuficientes.

En este escenario, la institución hospitalaria es un actor más, junto a los pacientes y sus familias, que se enfrentan con una situación que les excede y en la que pareciera que todos pierden: los pacientes que permanecen en suspenso durante meses o años mientras se deterioran sus capacidades, los hospitales que sostienen a estos pacientes con la iatrogenia que supone y la permanente necesidad de disponer de camas para internación, las familias que, en caso de asumir el cuidado del paciente, ven deteriorada su situación económica así como la salud, las posibilidades laborales y de uso del tiempo de quien cuida. Es por ello que, como señalamos, las posibilidades de construir mejores arreglos dependen de la generación de políticas de cuidado que garanticen el bienestar y los derechos de los pacientes, sus familias, y eviten la prolongación de las internaciones más allá de lo indispensable²⁹.

Mientras tanto, de cara a dicho escenario, surge el interrogante respecto de qué estrategias pueden desplegarse en nuestros ámbitos de trabajo cotidianos a fin de mejorar el abordaje de este tipo de situaciones. Una pista en este sentido puede ser apostar a construir acciones más integrales en salud: la idea de integralidad remite a las múltiples dimensiones de los procesos salud-enfermedad pero también a la prestación longitudinal de acciones de salud (enlazar promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) y a la integración de prácticas entre servicios, instituciones y sectores, a fin de garantizar una continuidad del cuidado, el trabajo en red y el trabajo interdisciplinario (De Souza Campos, 2015). De esta noción, una cuestión que resulta clave rescatar en torno a la problemática bajo estudio es la idea de continuidad del cuidado, ya que echa luz no sólo sobre el recorrido institucional del paciente al interior del hospital sino también sobre

29 Cabe señalar que este tipo de situaciones no constituye un fenómeno local. Un somero repaso de la evidencia internacional disponible lo corrobora, así como refrenda lo que se argumenta en este trabajo. A modo de ejemplo, en Suecia la Ley de apoyo y servicios para personas con discapacidad permitió trasladar a departamentos a un gran número de personas que vivían en hospitales; a la vez, en Japón y Corea uno de los motivos para crear un sistema de seguro de cuidados fue evitar “la costosa hospitalización social de los adultos mayores”. En términos generales, se registra que el armado de un sistema de cuidados en los países de la OCDE permitió reducir la utilización de profesionales y servicios de salud (más costosos para las necesidades de cuidado) e hizo más difícil “la hospitalización social de las personas más vulnerables” (Colombo et al., 2011).

cómo se enlaza el cuidado que se brinda allí con el que se provee en otros niveles de atención y, especialmente, cómo continúa el cuidado después de que los pacientes son dados de alta de la institución a fin de favorecer su autonomía y mantener los beneficios obtenidos durante la internación.

Esto último resulta fundamental, ya que la proporción de personas semidependientes y autoválidas de este estudio alcanza a casi 8 de cada 10, con lo cual el prolongar e incrementar la autonomía resulta esencial a fin de mejorar la calidad de vida de esa población, o al menos, no perjudicarla. Cabe considerar que la escasez de recursos para el cuidado, en lugar de tender al objetivo mencionado, entrega irremediablemente a las personas al aumento del deterioro.

Por otro lado, en relación con las personas que podrían cuidar a su familiar (7 de cada 10 familias), debemos tener en cuenta otro aspecto. En aquellos casos en que no logran hacerlo satisfactoriamente, debemos considerar el desgaste emocional y físico por brindar cuidados deficientes y en condiciones desfavorables, pero también la angustia que acarrea no poder seguir cuidando y declinar en la tarea.

En función de ello, el armado de instancias intermedias de cuidado que pudieran brindar una respuesta en tiempo y forma, apropiadas (atento a la diversidad de requerimientos de cuidado de las personas) y flexibles (considerando los cambios en las condiciones de las personas y familias a lo largo del tiempo), no sólo mejoraría la autonomía de los/as pacientes evitando mayores deterioros en el corto plazo, sino que también potenciaría la calidad de vida de sus vínculos cuidadores en términos emocionales, físicos y afectivos.

Todo lo anterior enriquece la mirada sobre el alta hospitalaria y nos permite pensar en la construcción de estrategias de externación sustentables para los pacientes (Cáceres et al., 2017)³⁰. Tales estrategias deberían considerar por lo menos tres tipos de cuestiones:

- Recursos habitacionales: en relación con esto, se podría instrumentar a las redes sociofamiliares para adaptar la vivienda y adquirir recursos acordes a las necesidades actuales de la persona que estuvo internada. Esto podría lograrse de manera sencilla brindando aportes desde los hospitales, por ejemplo desde la terapia ocupacional y la kinesiología. Por otro lado, en términos de accesibilidad a recursos resultaría necesario que se facilite el acceso a soportes para el domicilio, como por ejemplo, barandas para baños y pasillos, elevadores de inodoro, entre otros.
- Recursos económicos: como se mencionó, la situación económica precaria de los referentes afectivos condiciona en gran medida su posibilidad de cuidar a un familiar, por lo cual sería un aporte la existencia de subsidios o prestaciones monetarias para cuidadores, por un lado, y por otro, facilitar ayudas técnicas así como capacitaciones en modos de cuidar.
- Recursos asistenciales: en el ámbito intrainstitucional, sería clave disponer de recurso humano específico y suficiente para evitar el deterioro en la internación, fomentar la preservación de la autonomía y trabajar en pos de los cuidados post alta; en esta línea, resultaría además propicio generar los mecanismos para articular y garantizar los seguimientos post alta de las personas, por ejemplo a través de turnos y derivaciones protegidas dentro del sistema de salud. Asimismo, en términos de políticas de acceso a recursos, consecuentemente con los datos que arroja el presente estudio y la proporción de

30 La noción de externación sustentable ha sido trabajada en profundidad respecto de las internaciones prolongadas en salud mental; aquí la retomamos para pensar en un sentido amplio respecto de las situaciones de los/as pacientes “sociales”.

personas que no cuentan con cobertura de la seguridad social, resulta cada vez más necesario cumplimentar y ampliar aquello que explicitan las leyes de discapacidad respecto de garantizar la cobertura de traslados para la rehabilitación ambulatoria. Consideramos también de suma relevancia incorporar mecanismos de internación domiciliaria y prestaciones de rehabilitación en domicilio para la población que sólo cuenta con cobertura del subsector público de salud.

En esta planificación del alta quisiéramos destacar dos recursos que consideramos estratégicos: el tiempo (en el sentido de un abordaje interdisciplinario temprano y oportuno) y las profesiones vinculadas a la rehabilitación (kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, etc). En general, ante las situaciones de internación prolongada suele recurrirse en primer lugar a los Servicios Sociales; no obstante, todo aquello que pueda además trabajarse para ampliar la autonomía de las personas y adaptar los entornos redundando en menores necesidades de cuidado, y por ende, en una menor complejidad para el egreso. Y cuanto más tempranamente esto pueda considerarse y abordarse, mejores resultados deberían tenerse, por lo que este tipo de prestaciones aparece como un factor clave a potenciar, sobre todo si consideramos que constituye un recurso relativamente escaso en el sector público de salud. Del mismo modo, la presencia de acompañantes terapéuticos y hospitalarios también permite paliar el deterioro vinculado a la vida institucional y la pérdida de capacidades. Vale aclarar que apostar a estas estrategias conlleva necesariamente la asignación de recursos en términos de política de salud, ya que si bien algunas de ellas suponen acciones intrainstitucionales, otras requieren mayor dotación de recursos específicos a fin de tener un impacto significativo en la mejora de las situaciones.

En suma, planificar la externación desde una mirada integral que considere el mundo de la vida de la persona pone en valor el acompañamiento en la internación y el abordaje de los múltiples aspectos de la cotidianeidad que pueden constituirse en obstáculos para el egreso, contribuyendo a resolver de una mejor manera el tránsito de los pacientes y sus familias por el hospital y el alta de la institución. Ello supone un trabajo articulado entre las diferentes disciplinas y una buena dosis de creatividad, con miras a potenciar, en un escenario adverso, el éxito de las acciones en salud y el bienestar de las personas con quienes trabajamos todos los días.

Bibliografía

- Battaglia 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. *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 93, 1-38. <https://www.margen.org/suscri/margen93/brovelli-93.pdf>
- Brovelli et al. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 78, 1-18. <https://www.margen.org/suscri/margen78/brovelli78.pdf>
- Cáceres et al. (2017). *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental* (1.ª ed.). ADESAM-Asociación por los Derechos en Salud Mental. https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf

- CIPPEC. (2017). *Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Informe N° 1: Hospitales generales de agudos*. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2581.pdf>
- Colombo et al. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social (CPGSSTS). (2022). Una categoría en discusión: El 'Alta social', como una representación de la biomedicina. *COMITÉ DE ÉTICA / TRIBUNAL DISCIPLINA, Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires*. <https://es.scribd.com/document/690808764/Alta-Social>
- De Souza Campos, G. W. (2015). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. En G. W. De Souza Campos, & otros (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2.ª ed., pp. 39-78). HUCITEC Editora.
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEYC-GCBA). (2013). *La población con dificultad de largo plazo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Informe sobre la Encuesta Anual de Hogares 2011*. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/2011_poblacion_con_dificultad_largo_plazo.pdf
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEYC-GCBA). (2018). *Acceso a la salud (cobertura e internación) y autopercepción del estado de salud de la población en la Ciudad de Buenos Aires. EAH 2016. Informe de resultados 1225*. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/01/ir_2018_1225.pdf
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEYC-GCBA). (2022a). *Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2022: Síntesis de resultados 2021*. Ministerio de Hacienda y Finanzas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/06/sintesis_resultados_EAH_2021.pdf
- Dirección General de Estadística y Censos (DGEYC-GCBA). (2022b). *El perfil de los hogares de la Ciudad en 2021. Informe de resultados 1707*. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/11/ir_2022_1707.pdf
- Durán, M. A. (2000). La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. *Revista Política y Sociedad*, 35. <https://core.ac.uk/download/pdf/38819175.pdf>
- Ellingsæter, A. L., & Leira, A. (2006). *Politicising parenthood in Scandinavia: Gender relations in welfare states*. Bristol University Press.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (Eds.). (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES/UNFPA/UNICEF.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B n° 2* (1.ª ed.). https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil*

- de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018.*
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021: Resultados definitivos* (1a ed.).
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf
- Luxardo, N. (2010). *Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Editorial Biblos.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, 4(7). <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600/598>
- Ministerio de Salud. (2020). *Estado de situación de salud de las personas mayores año 2020*.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/situacion_personas_mayores_23-11-2022.pdf
- Pombo, M. G. (2010). El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: Desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción. *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, (6), s/p. <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic252.pdf>
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options*.
[http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Rodríguez Enríquez, C., & Marzonetto, G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: El déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 105-134. <http://dx.doi.org/10.18294/rppp.2015.949>
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723213.pdf>
- Rosas, M. J., & Estrella, P. V. (2012). ¿Qué son las enfermedades crónicas? En M. Domínguez Mon, A. Mendes Diz, M. Schwarz, & otros (Eds.), *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Documentos de Trabajo N° 60*. IIGG, Buenos Aires. <http://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2019/11/dt60.pdf>
- Tronto, J. C. (2015). *Who cares? How to reshape a democratic politics*. Cornell University Press.
- Venturiello, M. P. (2016). *La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Editorial Biblos.