

Saberes y Disputas: Expertización y Feminización de los Cuidados en Internaciones Prolongadas

Por Lucía Celeste Manzo y Cecilia Podestá

Lucía Celeste Manzo. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Argentina.

Cecilia Podestá. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Argentina.

Introducción

El presente artículo sistematiza ideas, experiencias y reflexiones surgidas en el marco de la residencia de Trabajo Social en Salud. El análisis se centra particularmente en las rotaciones efectuadas en las salas de internación de Clínica Médica, Traumatología y Ortopedia, Neumonología y las Unidades de Terapia Intermedia e Intensiva.

Durante este recorrido observamos que entre las personas internadas (mujeres y varones adultas/os) sobre quienes se solicitó interconsulta al Servicio Social, predominan las mujeres como principal figura de sostén y cuidado, ya sean esposas, hijas, madres o hermanas. Esta recurrencia nos remite inmediatamente a la categoría de feminización de los cuidados. Entendiendo que históricamente la mujer es quien ejerce las actividades de cuidado en la vida privada, surgen interrogantes específicos respecto a los contextos de internación: ¿qué lugar ocupan las prácticas de cuidado de estas mujeres dentro de la atención hospitalaria?, ¿cómo pensar el cuidado en el marco de la internación en un Hospital General de Agudos?, ¿cómo dialogan las estrategias implementadas por las cuidadoras con las de las/os actrices/actores institucionales que intervienen en una internación?

A partir de estas preguntas es que nos planteamos como objetivo describir y analizar, desde una perspectiva de género, las características que adquieren las prácticas de cuidado de las mujeres que acompañan los procesos de internación. Para ello se realizará un análisis cualitativo e interpretativo de nuestra intervención y observación participante, con sustento bibliográfico y recuperando situaciones que permiten reflexionar sobre los interrogantes planteados.

Entre el "giro cama" y la complejidad social: Procesos de internación/externación

Los motivos que originan el ingreso de una persona a la sala de internación en un hospital general de agudos del subsistema público de la Ciudad de Buenos Aires suelen ser diversos, aunque generalmente responden a episodios agudos de enfermedad cuyo objetivo inmediato es la estabilización clínica.

En nuestro caso, mayoritariamente se toma conocimiento de las situaciones a través de interconsultas realizadas por las distintas especialidades médicas. Estas pueden llegar al inicio del proceso de internación —lo que permite un abordaje integral con mayor margen temporal para organizar estrategias de cuidado— o bien al final de la misma, cuando el alta médica es inminente.

Uno de los objetivos de la intervención del Servicio Social es construir el proceso de externación más adecuado para cada persona, considerando sus recursos, posibilidades, nivel de dependencia y requerimientos de asistencia, siempre teniendo en cuenta las políticas públicas existentes. Para ello se indaga sobre las redes afectivas y de sostén, la situación habitacional y los ingresos económicos. En el caso de las/os adultas/os mayores, es central verificar si cuentan con cobertura de PAMI (Programa de Atención Médica Integral)¹. Para diseñar estrategias de intervención resulta fundamental conocer cómo las/os pacientes imaginan el momento del alta, dado que en este proceso pueden surgir obstáculos que dificulten o retrasen el egreso hospitalario.

La Ley Básica de Salud N° 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999) define a la salud integral como “la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente (...), el desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad”. En esta línea, y recuperando a Menéndez (citado en Spinelli, 2008), los “procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales” (p.15).

Las intervenciones se encuentran frecuentemente atravesadas por la prolongación de las internaciones, factor que genera tensión al interior de la institución. Se producen fricciones constantes por las/os denominadas/os “pacientes sociales”, quienes permanecen internadas/os aun cuando el aspecto clínico/médico ya fue resuelto. La lógica del “giro cama” continuo está presente y no contempla otras dimensiones que hacen a la externación de las personas y a su proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado.

Pensar el alta sin una situación habitacional resuelta, sin ingresos para gastos diarios o sin red de apoyo, impacta directamente en la salud integral, impacto que provocará indudablemente una internación prolongada. Ante esto, pretendemos dar cuenta de la complejidad en estos procesos, en los que la espera de una respuesta de la política pública, de otros subsectores del sistema de salud y de organismos de la seguridad social, genera tensiones entre los diferentes actores que forman parte de la atención. En ese tiempo de espera, quienes ejercen el rol de cuidadoras despliegan ciertas prácticas de cuidado, tanto dentro del hospital como por fuera, para sostener la internación y para la preparación que conlleva el momento del alta (acondicionar el domicilio, gestionar medicación, ahorrar dinero). La externación puede tener diversas características en función de los recursos habilitados: las/os pacientes pueden volver a sus casas, a la de su cuidadora, o pueden ser derivadas/os a una institución específica de acuerdo a sus necesidades.

Las personas analizadas en este trabajo son personas adultas que no poseen empleo formal y tienen ingresos económicos bajos y/o inestables, por lo que no cuentan con cobertura de salud del subsector privado o de obras sociales. Aun así, hay un gran número de adultas/os mayores afiliadas/os a PAMI que cursan internaciones prolongadas por la espera que implica la derivación a un tercer nivel, lo cual también repercute en las estrategias de cuidado de sus referentes afectivos.

1 El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI, fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores. PAMI es la obra social más grande de Latinoamérica, brinda atención a más de 5 millones de jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de la Guerra de Malvinas (1982).

En este sentido, Morán y Pratto (2014) sostienen que

Los interrogantes que emergen con la enfermedad en el contexto de la internación comprenden tanto a los sujetos-pacientes y su entorno como al equipo de salud (...), se ponen en juego los mecanismos de protección social con los que cuenta o no la persona y la modalidad de respuesta de estos mecanismos (p.320).

Por otro lado, siguiendo a Brovelli et al. (2014), en cuanto a las políticas sociosanitarias de protección de derechos se observan grandes falencias, principalmente vinculadas a las demoras en las respuestas institucionales, a la inexistencia de instituciones que brinden alojamiento y cuidado a personas con necesidades específicas y a políticas habitacionales y alimentarias insuficientes.

Entendemos que la disrupción que trae aparejada transitar una internación en la vida cotidiana conlleva cierta o total pérdida de autonomía y de intimidad. Las personas internadas pasan a estar marcadas por la impronta del modelo biomédico y por lógicas verticalistas, deviniendo en “pacientes” que se encuentran a la espera de una “cura”. Lo doméstico, la familia y las relaciones se ven reconfigurados y moldeados por la nueva realidad que implica vivir en el hospital. En esta línea, Cortés (1997) menciona que

La enfermedad es un proceso de alteración subjetiva que pone en cuestión la integración de la imagen que el sujeto tiene de sí y en la que habitualmente se reconoce. La demanda de atención es también búsqueda de reorganización e integración del sujeto con su cuerpo a través del vínculo con el médico (p.89).

Pero no es sólo la vida cotidiana de las/os pacientes la que es irrumpida por una internación; siguiendo a Good (1995), la enfermedad también ocurre en la vida con las/os otras/os. Sin distar de las observaciones en nuestra experiencia, las mismas suelen generar una sobrecarga en las cuidadoras.

En relación a las cuidadoras, encontramos algunos puntos en común: la sobrecarga en los cuidados, que se dan tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario; la necesidad de que la política pública acompañe estos procesos; la diferencia de criterios con el equipo de salud en relación a qué es lo más adecuado para el proceso de salud-enfermedad-atención de su familiar y la situación de vulnerabilidad social respecto a sus ingresos (ya sea porque son las únicas dentro del grupo familiar que cuentan con uno o porque son el único sostén) y a su situación habitacional. Estas observaciones serán retomadas a lo largo del escrito.

Dimensiones del cuidar: De las acciones materiales a la invisibilidad de la carga mental

Al referirnos a los cuidados aludimos a las actividades que están orientadas a proveer el bienestar y desarrollo de las personas, a nivel material y afectivo. Tales pueden incluir tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, como el cuidado del hogar, de la salud, de las personas dependientes y de las personas que cuidan, así como el autocuidado. Es transversal al ciclo de vida de las personas con distintos grados de dependencia, es decir, varía en las distintas etapas y según situaciones específicas.

Las prácticas de cuidado “implican tanto desarrollar una acción concreta como también

planificar y organizar las acciones futuras” (Brovelli, 2019, p. 31). Este aporte va en línea con el concepto que Aguilar (2019) toma de Pérez Orozco (2017) acerca de la “gestión mental de los cuidados”, para referirse a la preocupación y organización de los cuidados incluso cuando no se ejercen directamente.

Menciona De Ieso (2015) que las prácticas de cuidado (a las que ella refiere como "prácticas del cuidar") "están conformadas por una multiplicidad de acciones, las cuales se definen en estrecha relación con otras estructuras de significación que conforman la vida cotidiana" (p.94) de las personas involucradas. En este sentido, resulta interesante la propuesta de la autora de analizar y comprender las prácticas de cuidado en relación al contexto específico en el que se construyen y desarrollan, considerándolas dinámicas y multidimensionales; toma de Acioli (2005) el término de “prácticas en situación” para entender esta contextualización, dado que no pueden ser pensadas de forma aislada.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado se define como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (OMS, 2022, p.3). Este concepto parte de un enfoque centrado en la persona, desde el cual se asocia la salud con la ausencia de enfermedad. En contraposición, nos interesa pensar en el autocuidado en línea con Arango (2007), asumiéndolo como un proceso y no como un conjunto de acciones mecánicas, donde entran en juego las historias individuales, la clase social, el nivel educativo, las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, etc. La autora considera al autocuidado como

La capacidad para decidir sobre su cuerpo y su salud física, mental y emocional en función de su desarrollo humano, como ser social, a partir de la reafirmación como persona, en la perspectiva de su crecimiento personal y de sus necesidades, conducentes a una toma de decisiones conscientes y permanentes (p.5).

En esta línea conceptual nos interesa pensar la salud ya no como ausencia de enfermedad sino “como una apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia” (Ferrara, 1985, p.10). Por otro lado, pensar la salud en clave de género implica reconocer que los varones son socializados sin la obligación de reciprocidad con los demás, con tendencia a centrarse en la valorización individual y sin la capacidad de cuidar. Aquí se visualiza, en consonancia con Keijzer (2004), que “el autocuidado también tiene que ver con una socialización masculina tendiente a la competencia, a la temeridad y a la percepción de que una actitud cuidadosa y preventiva no es masculina” (p.139). En general, al no observar cuidadores varones, podemos dilucidar que efectivamente se considera que el cuidarse o cuidar a otras personas es un rol meramente femenino.

La división sexual del trabajo sociosanitario: Mandatos de género y naturalización del cuidar

La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) realizada en Argentina en el año 2021, muestra que las mujeres dedican un promedio diario de 6 horas y media al trabajo doméstico y de cuidados de forma no remunerada, mientras que los varones solo 3 horas y media. Dentro de estas tareas se encuentran las prácticas de cuidado desempeñadas en contextos de internación prolongada que nos conciernen para el presente trabajo.

Leer esto nos lleva necesariamente a pensar en la división sexual del trabajo y cómo la mujer fue históricamente relegada a ciertas tareas en el ámbito privado: tareas domésticas, su organización y la atención de personas dependientes. Como menciona Murillo (2003), “los cuidados se asignan tempranamente a las mujeres en su ciclo de vida, y permanecen activos como tarea, o responsabilidad, en todo el proceso de reproducción social” (p.4). Por el contrario, los varones se desempeñan en el ámbito público y asumen el trabajo productivo y remunerado (Pombo, 2010).

En la misma línea, Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015) sostienen que existen varios factores simultáneos que operan para que el trabajo de cuidado sea asumido mayormente por mujeres. Por un lado, la desigual distribución de las tareas de cuidado y del trabajo reproductivo, lo cual subordina a las mujeres y disminuye su participación en el mercado laboral. Por otro lado, el anclaje que dicha distribución tiene en las supuestas características naturales de cada género, justificándose desde una mirada biologicista. Mencionan las autoras que “esto sucede cuando se considera que la capacidad biológica exclusiva de las mujeres de parir y amamantar las dota de capacidades superiores para otros aspectos del cuidado” (p.106). El amor, la dulzura y la paciencia se convierten en cualidades que están en la “naturaleza” de las mujeres y son un emblema de “lo femenino”. Esto debe entenderse como una construcción social que favorece las relaciones patriarcales de género.

Reflexionar sobre la feminización de los cuidados permite pensar en las desigualdades que persisten en la distribución de tareas. Las mujeres continúan llevando adelante la mayor parte del trabajo, incluyendo tanto las acciones que efectivamente concretan como su planificación, organización y la preocupación por las mismas cuando se delegan.

Consideramos que las estrategias de cuidado van a estar signadas por las representaciones del rol de género, por el lugar ocupado en la estructura social, por las condiciones económicas y por las redes disponibles. Dichas estrategias “no se explican solamente a partir del estrato socioeconómico de pertenencia, sino también por el tipo de familia y por las representaciones sociales que tienen varones y mujeres -proveedores de cuidado- en torno a las necesidades de los miembros dependientes” (Zibecchi, 2013, p.141).

Tomamos los aportes de Razavi (2007), quien explica la distribución de los cuidados analizando la forma en que el Estado, el Mercado, la familia y las organizaciones de la sociedad civil interactúan de manera compleja y dinámica. En esta línea, Eleonor Faur (2009) menciona que el cuidado es la forma en que se articulan los actores que lo producen y lo reciben. La autora utiliza el concepto de “organización social del cuidado” para definir “a la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado, y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros, se benefician de los mismos” (Faur, 2009, p.110). Como se ha dicho, la irrupción de una internación vuelve necesario realizar reconfiguraciones en la vida cotidiana y estas son pensadas y ejecutadas principalmente por mujeres. Ejemplo de ello es la gestión de trámites en bancos, juzgados, PAMI o ANSES².

Además, en el caso de una externación, muchas veces ellas continúan con los cuidados en el domicilio, pero mientras cuidan dentro del hospital, continúan cuidando por fuera: sostienen el cuidado de otras personas dependientes, sus trabajos, las tareas domésticas y el cuidado personal. Aquí nos preguntamos si esto último no queda relegado por sobre todo lo anterior.

2 La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) es el organismo estatal descentralizado de la República Argentina encargado de coordinar y pagar las prestaciones de la seguridad social.

Saberes en disputa e injusticia epistémica: El proceso de expertización de las cuidadoras

Cuando se trata de contextos de internación prolongada, las mujeres que ejercen las tareas de cuidado van desarrollando una “expertización” en la enfermedad. Pecheny et al. (2002) utilizan este concepto para referirse al conocimiento que adquieren las personas que viven con enfermedades crónicas, pero es aplicable a quien ejerce el rol de cuidado. Se refiere a ello como el

Proceso mediante el cual tales personas van adquiriendo un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo en la materia, es decir los profesionales (p.32).

Se adquiere un saber sobre los síntomas, la terminología del personal de salud, los procedimientos para realizar curaciones y la lectura de análisis. Cuanto más se prolonga la internación, mayor es el conocimiento que adquieren al estar, ver y escuchar al paciente. Este saber posiciona a la cuidadora de manera diferente frente al personal de salud y a los distintos actores institucionales, lo que puede generar tensiones en el diálogo. Menciona Menéndez (2009) que

Los diversos saberes y formas de atención a la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada, tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas y saberes diferenciados que suelen ser considerados antagónicos, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de los otros saberes (p.26).

Aun así, el autor destaca que actualmente prima el “pluralismo médico”, es decir el uso de varios saberes y formas de atención para el mismo problema de salud. Una de estas formas es la autoatención, definida por Menéndez (2009) como

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (p.52).

En el proceso de autoatención es donde se dan transacciones entre los distintos saberes y formas de atención de los padecimientos que las cuidadoras consideran válidos para encontrar soluciones. Esto constituye “una posibilidad de articulación en la medida en que la biomedicina vea los procesos de autoatención como procesos a través de los cuales trabajar y no como procesos a cuestionar” (Menéndez, 2009, p.59).

En nuestra rotación observamos que muchas de las mujeres cuidadoras siguen de cerca el proceso de salud-enfermedad-atención, acumulando saberes no solo de la enfermedad sino de la organización interna del equipo de salud. Si bien pueden aparecer disputas a lo largo de toda la internación, las diferencias de criterios emergen principalmente cuando se debe tomar una decisión central, como el momento de la externación. Estos ejemplos permiten pensar el juego de poder entre los distintos actores. Radi y Pérez (2019) plantean que “las/os agentes de salud y sus instituciones ocupan un lugar de privilegio epistémico” (p.122); son la voz autorizada para definir

los tiempos de la intervención. Sin embargo, existe una convivencia no exenta de resistencias en la que quienes cumplen el rol de cuidadoras también marcan el ritmo de las estrategias terapéuticas.

Las diferencias también surgen cuando la cuidadora no considera que se esté haciendo lo suficiente (mala administración de medicación, falta de estudios). Esto motiva la búsqueda de otras opiniones por fuera del hospital. Como mencionan Radi y Pérez (2019), muchas veces “institucionalmente no existen mecanismos adecuados para dar lugar a la perspectiva de las/os usuarias/os en los procesos de comprensión de lo que está sucediendo” (p.121). Pudimos observar que es mayoritariamente desde el Servicio Social desde donde se proponen espacios de intercambio con las cuidadoras. Durante toda la internación y en el seguimiento posalta se acompaña a las/os usuarias/os y a sus cuidadoras en todas las dimensiones del proceso; se realizan entrevistas para conocer los recursos disponibles y las expectativas sobre el alta. Estas intervenciones están pensadas en clave de género, buscando aligerar la carga de trámites y habilitar espacios de escucha y contención conjunta.

Estos ejemplos evidencian no solo la tensión de saberes con el modelo biomédico sino la constante sobrecarga de las mujeres referentes. Aun cuando su familiar está rodeada/o de profesionales en un efector de salud, persiste la preocupación e intervención en el proceso.

Límites institucionales y egreso hospitalario: La urgencia de políticas públicas de cuidados

Debido al déficit actual en las políticas de cuidado, en las salas de internación prevalece la dificultad en el acceso de las/os pacientes a lugares adecuados para vivir. Este escenario está fuertemente atravesado por la tensión entre las limitadas respuestas de las políticas públicas, las necesidades de las/os usuarias/os y sus redes socioafectivas frente a las/os actores institucionales (Brovelli et al., 2015).

Las complejas situaciones de salud presentan secuelas que demandan tratamientos de rehabilitación, evidenciando barreras de acceso: los dispositivos estatales son escasos, presentan largas demoras y tienen una oferta muy limitada para personas en edad productiva. Fuera del ámbito público, las ONG e instituciones barriales suelen tener requisitos restrictivos (no alojan a personas en situación de calle, con consumos problemáticos o con requerimientos de cuidados constantes) y las alternativas de Mercado quedan por fuera de las posibilidades económicas de esta población.

Esta situación nos remite a los aportes de Brovelli (2019) para reflexionar respecto a “la sociedad dividida en cuatro esferas articuladas: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad, y analizar qué ofrece cada una de estas esferas para la satisfacción de las necesidades” (p.5). En reiteradas ocasiones observamos que cuando hay una referente presente en los cuidados, el equipo médico puede depositar cierta expectativa en que el egreso quede a su cargo, incluso si no están dadas las condiciones. Un ejemplo son las “altas compulsivas”: cuando se “necesita” la cama se deposita de manera abrupta el cuidado en la voluntad de las cuidadoras, generando situaciones de angustia y desborde.

Si la vacancia estatal representa una enorme complejidad para los egresos, también nos preguntamos *¿quién cuida a las que cuidan?*

Según un documento del Ministerio de las Mujeres de la Provincia de Buenos Aires (s.f.), “Las alternativas de gestión pública deben poner en agenda la revalorización del cuidado y la protección de quienes lo realizan” (p.25). Contar con infraestructura comunitaria (centros de salud, espacios de

recreación y acompañamiento) podría contribuir a redistribuir esta carga. Sin embargo, en nuestra experiencia, la articulación con efectores comunitarios suele ser meramente operativa (retiro de medicación o gestión de turnos). No observamos que las cuidadoras accedan a espacios que promuevan su autonomía y colectivicen los cuidados. “Tener una perspectiva feminista interseccional a la hora de pensar políticas públicas implica prestar especial atención a la manera en que se yuxtaponen diferentes violencias y desigualdades históricas y sistemáticas” (Ibidem, p.17). La existencia de sistemas integrales de cuidado sigue siendo una deuda pendiente.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo abordamos las prácticas de cuidado, actividad desempeñada en su gran mayoría por mujeres con diferentes niveles de vulnerabilidad social y en tensión con el desempeño de otros roles. Esta categoría está atravesada por una perspectiva de género que nos posiciona críticamente frente al rol históricamente asignado a la mujer. Nos preguntamos si la interrupción de la vida cotidiana que trae aparejada una internación implica una doble complejidad: sostener las prácticas de cuidado en el contexto hospitalario y, simultáneamente, en el ámbito doméstico.

Para caracterizar estas prácticas, destacamos dos ejes fundamentales: la "expertización" que adquieren las mujeres respecto a la enfermedad y a las lógicas del equipo de salud y la convivencia y disputa de distintos conocimientos/saberes entre los actores involucrados.

El análisis permitió reconocer la complejidad de los abordajes en las internaciones debido a la fragmentación institucional y la diversidad de posicionamientos. En este escenario, el Trabajo Social busca identificar las dificultades en la organización familiar para llevar a cabo estrategias que disminuyan la sobrecarga y favorezcan externaciones óptimas.

Planteamos la necesidad de repensar los límites tradicionales instalados y reconocer la interdependencia de los actores en la provisión de cuidados. Como profesionales de la salud, tenemos el compromiso de sostener un abordaje interdisciplinario centrado en el trato digno y la singularidad de cada persona.

Por último, se evidencia un escenario estatal débil respecto a las prestaciones necesarias para las externaciones y una vacancia en políticas integrales que contemplen las demandas de quienes cuidan.

Desde una perspectiva de género, consideramos que la democratización y colectivización de los cuidados exige de manera ineludible la creación de servicios e infraestructuras adecuadas. Recibir y brindar cuidados es un derecho que se basa no solo en la existencia de políticas públicas sino en la corresponsabilidad de la tarea y la correcta asignación de recursos.

Bibliografía

Arango Panesso, Y. (2003). Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia*, 2(4), 107-115. https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1405/pdf

Brovelli, K., Capellini, N.L. y Criscuolo, J. (2014). *El paciente en su laberinto. Un análisis*

- sobre los recorridos institucionales de los “pacientes sociales”. En A. Arias, B. García Godoy y R. Manes (coords.), *Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad* (pp. 272-288). Dpto de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA. <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>
- Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., Ruiz Díaz, C., Venuto, M. J. y Vezzetti, M. (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>
- Battaglia, M., Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Cunzolo, V., Del Canto, J., Lardiés, N., López, P., Mancinelli, C., Morán, N., Nicolini, M., Segovia, G., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., Ruiz Díaz, C., Venuto, M. y Vezzetti, M. (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>
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 16 (52-53), 89-115. https://nuevantropologia.org.mx/index.php/revista/article/view/EnfermedadNarracion_BeatrizCortes_volXVI_num52_53_1997/leer
- De Keijzer B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallens (coords.), *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137-152). Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://iessdeh.org/usuario/ftp/La_Salud_como_Derecho_Ciudadano.pdf
- Faur, E. (2009). *Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas. 2005- 2008*. [Tesis de doctorado - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. Repositorio institucional - <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/server/api/core/bitstreams/7b43e4e2-7f0d-47a2-ba97-f866ee3e7615/content>
- Femenías, M.L., Soza Rossi, P. (2018). El cuidado, ¿una cuestión de género? *Cuidados en salud, derechos y género*, (80), 75-101. <https://iigg.sociales.uba.ar/dt-n-80-cuidados-en-salud-derechos-y-genero/>
- Ferrara, F. A. (1985) *Teoría social y salud. Concepto de accesibilidad*. Catálogos, Buenos Aires.
- Gherardi, N., Pautassi, L. y Zibecchi C. (2012). *De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado*. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA). <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/2012-De-eso-no-se-habla.-El-cuidado-en-la-agenda.pdf>
- Good, B. (1995) *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press, Reino Unido.

- Ley N°153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (22 de marzo de 1999). <https://boletinoficialpdf.buenosaires.gob.ar/util/imagen.php?idn=3800&idf=1>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- Ministerio de las Mujeres, políticas de género y diversidad sexual, gobierno de la Provincia de Buenos Aires (s.f.). *Hacia una distribución igualitaria de las tareas de cuidado*. Género y territorio. Herramientas feministas para la gestión local. https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/Municipios_Genero_y_territorio_09_dig.pdf
- Morán, N. y Pratto, L. (2014). *La dimensión del cuidado en las instituciones de salud. Una mirada desde el Trabajo Social*. En A. Arias, B. García Godoy y R. Manes (coords), *Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad* (pp. 317-333). Dpto de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA. <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>
- Murillo de la Vega, S. (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*, (35), 73-80. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/issue/view/POSO000033>
- Pecheny, M., Manzelli, H. y Jones, D. (2002). *Vida cotidiana con VIH/SIDA y/o HEPATITIS C. "diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización"*. Serie Seminarios Salud y Política Pública - Seminario V, organizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires.
- Radi, B. y Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Avatares Filosóficos*, 5, 117-130. <https://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/issue/view/224>
- Recoder, M. L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa: notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. *Papeles De Trabajo*, (21), 80-98. <https://papelesdetrabajo.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/109/102>
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2013). *Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructura*. Editorial Biblos, Argentina.
- Spinelli, H. (2008). *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Lugar editorial, Argentina.