



Sostener la vida en el hospital: Expertización y feminización de los cuidados en internaciones prolongadas.

Lucía Manzo y Cecilia Podestá¹

Fecha de recepción: 05/2026

Fecha de aceptación: 07/2026

Contacto: Lucía Manzo

RESUMEN: *El artículo, desarrollado en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, analiza desde una perspectiva de género las prácticas de cuidado realizadas por mujeres que acompañan internaciones prolongadas en un Hospital General de Agudos de CABA. A partir de una revisión bibliográfica y de una reflexión sobre la intervención profesional, examina las lógicas de atención hospitalaria y los desafíos para el Trabajo Social. Destaca la necesidad de superar los límites del modelo biomédico, reconocer la interdependencia en los cuidados y promover políticas públicas integrales que reduzcan la sobrecarga estructural que recae sobre las mujeres cuidadoras.*

PALABRAS CLAVE: *Feminización en las prácticas de cuidado - Expertización- Internación.*

KEYWORDS: *Feminization in care - Expertization - Inpatient care.*

¹ Ambas son Licenciadas en Trabajo Social. Residentes de Trabajo Social en Salud, Htal. Gral. de Agudos de CABA.

Introducción

Este artículo sistematiza experiencias y reflexiones surgidas en el marco de la residencia de Trabajo Social en un Hospital General de CABA. El análisis se centra en nuestra intervención profesional en las salas de internación de dicho hospital.

Durante este período, observamos que entre las personas adultas internadas por las cuales se solicita interconsulta al Servicio Social, predominan las mujeres como principal figura de sostén. Esto remite a la categoría de feminización de los cuidados. Entendiendo que históricamente la mujer asume las actividades de cuidado en la esfera privada, surgen interrogantes específicos respecto a los contextos hospitalarios: ¿Qué lugar ocupan las prácticas de cuidado de estas mujeres dentro de la atención institucional? ¿Cómo pensar el cuidado durante la internación en un hospital de agudos? ¿De qué manera dialogan las estrategias de las cuidadoras con las de quienes conforman los equipos de salud?

A partir de estas preguntas, el objetivo es describir y analizar, desde una perspectiva de género, las características que adquieren las prácticas de cuidado de las mujeres durante las internaciones. Para ello, se realiza un análisis reflexivo y conceptual de nuestra intervención, sustentado fundamentalmente en la revisión bibliográfica.

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

Los ingresos a una sala de internación responden mayoritariamente a episodios agudos donde el objetivo médico inmediato es la estabilización clínica. El Servicio Social toma conocimiento de estas situaciones a través de interconsultas, las cuales pueden solicitarse al inicio del proceso —permitiendo un abordaje integral con margen para organizar estrategias de cuidado— o ante la inminencia del alta médica.

La intervención del Servicio Social busca construir un proceso de externación adecuado, considerando los recursos, nivel de dependencia y requerimientos de asistencia de la persona, en articulación con las políticas públicas vigentes. Se indaga sobre las redes de sostén, la situación habitacional y los ingresos económicos. Conocer las expectativas de los pacientes frente al alta es fundamental para anticipar obstáculos estructurales que puedan retrasar el egreso.

La Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires define 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" (Ley 153, 1999, Artículo 3). En esta línea, Menéndez (citado en Spinelli, 2008) indica que 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).

Nuestras intervenciones están frecuentemente atravesadas por la prolongación de las internaciones, factor que genera fricciones institucionales constantes respecto a las denominadas **"pacientes sociales"**, quienes permanecen en el hospital a pesar de contar con el alta clínica. La lógica del **"giro cama"** continuo prioriza la resolución del aspecto biológico y no contempla otras dimensiones insoslayables del proceso de salud-enfermedad-atención. Pensar el alta sin una situación habitacional resuelta o sin red de apoyo impacta directamente en la salud integral, de la misma manera que lo hace la prolongación de la estadía hospitalaria.

En este tiempo de espera, signado por la burocracia y la falta de respuestas, quienes ejercen el rol de cuidadoras despliegan prácticas simultáneas para sostener la internación y preparar el alta (acondicionar el domicilio, gestionar medicación, organizar recursos económicos). Las personas analizadas en este trabajo son adultas de bajos ingresos sin empleo formal, carentes de cobertura del subsector privado o de obras sociales. Sin embargo, existe también un gran número de personas afiliadas a PAMI que cursan internaciones prolongadas por demoras en derivaciones al tercer nivel. Morán y Pratto (2014) sostienen que con la enfermedad **"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). Siguiendo a Brovelli y otra/os (2014), se observan profundas falencias en las políticas sociosanitarias, manifestadas en la escasez de instituciones de alojamiento de medio camino y políticas habitacionales insuficientes.

Transitar una internación interrumpe la vida cotidiana, conllevando una pérdida de autonomía e intimidad. La lógica biomédica tiende a escindir el cuerpo físico de su contexto socio-histórico, transformando a las personas en **"pacientes"** a la espera pasiva de una cura. Cortés (1997) menciona que **"la demanda de atención es también búsqueda de reorganización e integración del sujeto con su cuerpo"** (p. 89). Asimismo, la enfermedad ocurre en la vida con otras (Good, 1995), generando una innegable sobrecarga estructural en las cuidadoras. En ellas confluyen la precarización económica, la constante mediación con el equipo de salud y la urgencia de respuestas por parte de un Estado fragmentado.

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

Los cuidados abarcan las actividades orientadas a proveer bienestar material y afectivo, incluyendo la gestión cotidiana del hogar, la salud y las personas dependientes. Estas prácticas **"implican tanto desarrollar una acción concreta como también planificar y organizar las acciones futuras"** (Brovelli, 2019, p. 31). Este aspecto es fundamental y remite a lo que Aguilar (2019) toma de Pérez Orozco (2017) define como la "gestión mental de los cuidados", para referirse a la preocupación y organización de los cuidados incluso cuando no se ejercen directamente.

De Ieso (2015) señala que las prácticas de cuidado se definen en estrecha relación con las estructuras que conforman la vida cotidiana, siendo necesario analizarlas como **"prácticas en situación"** (Acioli, 2005, citado en De Ieso, 2015) vinculadas a su contexto específico. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el autocuidado es la capacidad de las personas y familias para promover y mantener la salud. No obstante, nos interesa pensar el autocuidado como un proceso no mecánico, condicionado por historias individuales, trayectorias de clase y redes interpersonales. Pensar la salud en clave de género exige reconocer que la socialización masculina tiende a la competencia y a la percepción de que las actitudes preventivas y de cuidado no son inherentes a su género (De Keijzer, 2003). La ausencia casi total de cuidadores varones en nuestras intervenciones confirma empíricamente la vigencia de este mandato social que naturaliza el cuidado como una responsabilidad femenina.

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

La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (INDEC, 2022) refleja que las mujeres dedican casi el doble de horas diarias al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en comparación con los varones. Esto evidencia cómo la división sexual del trabajo relega históricamente a la mujer al ámbito reproductivo y de sostenimiento vital (Murillo, 2000). Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015) señalan que esta distribución desigual se ancla en miradas biologicistas que justifican la subordinación al asumir que la capacidad de gestar dota a las mujeres de cualidades **"naturales"** (paciencia, dulzura, amor) para cuidar.

Las estrategias de cuidado están signadas por representaciones de género, posición en la estructura social, condiciones económicas y redes de proximidad (Zibecchi, 2013). La **"organización social del cuidado"**



(Faur, 2009) define cómo se articulan el Estado, el mercado, la familia y la comunidad en la provisión de estos servicios. Ante la disrupción de una internación, las mujeres asumen la gestión de trámites y continúan los cuidados post-alta en el domicilio. Simultáneamente, sostienen sus trabajos, tareas domésticas y el cuidado de otros dependientes. El cuidado de sí mismas queda estructuralmente invisibilizado y relegado.

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

En contextos de internación prolongada, las cuidadoras desarrollan un proceso de **"expertización"** (Pecheny et al., 2002). Adquieren saberes empíricos sobre la sintomatología, procedimientos, toma de medicación y lógicas institucionales. Este saber las posiciona de manera diferente frente al personal de salud, generando tensiones con el equipo médico (Menéndez, 2009).

Este proceso se enmarca en lo que Menéndez (2009) define como **autoatención**: representaciones y prácticas que los grupos utilizan para diagnosticar o aliviar padecimientos, de forma paralela y yuxtapuesta a la intervención profesional. Durante la internación, las mujeres acumulan un conocimiento detallado sobre los ritmos de las diferentes especialidades médicas, la administración de los tratamientos y el propio cuerpo del familiar. Las disputas suelen emerger en instancias de toma de decisiones críticas, como el momento del egreso hospitalario.

Se configura así un escenario de **"injusticia epistémica"** (Radi y Pérez, 2019), donde el saber de la cuidadora es frecuentemente subestimado por el sistema biomédico. **"Les agentes de salud y sus instituciones ocupan un lugar de privilegio epistémico"** (p. 122), detentando la voz autorizada para definir tiempos y tratamientos. Sin embargo, existe una convivencia marcada por resistencias cotidianas: las cuidadoras intentan pautar el ritmo terapéutico, solicitan segundas opiniones o intervienen directamente cuando perciben falencias en la organización del equipo tratante. Institucionalmente, escasean los mecanismos formales para integrar la perspectiva de las familias. Es allí donde el Servicio Social se erige como un puente indispensable, propiciando intercambios interdisciplinarios, reconociendo la validez del saber de las cuidadoras y diseñando intervenciones centradas en mitigar su sobrecarga.

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

El actual déficit en las políticas públicas de cuidado tensiona los procesos de alta. En las salas de clínica médica, resulta notoria la falta de

dispositivos habitacionales o centros de rehabilitación adecuados para la derivación oportuna (Brovelli et al., 2015). Las alternativas estatales son escasas y presentan demoras; las organizaciones comunitarias poseen requisitos de admisión restrictivos (franjas etarias, exclusión de consumos problemáticos o alta dependencia), y las opciones del mercado privado son económicamente inaccesibles para la población de los hospitales públicos.

Frente a este vacío estatal y la urgencia administrativa del **"giro cama"**, el equipo médico suele depositar la responsabilidad exclusiva del egreso en las referentes afectivas. Las llamadas "altas compulsivas" delegan la continuidad del cuidado de manera abrupta sobre las mujeres, desatendiendo la ausencia de condiciones socioambientales y provocando situaciones de desborde psíquico y material. Se instrumentaliza a la cuidadora como el único recurso disponible para subsanar la fragmentación del sistema de salud.

Esta realidad nos obliga a interpelar: ¿Quién cuida a las que cuidan? Es imperativo trascender la lógica asistencialista para revalorizar la tarea de cuidados mediante una sólida gestión pública. La articulación en el primer nivel de atención suele ser meramente operativa (retiro de insumos o trámites), pero las cuidadoras no acceden a espacios de contención que garanticen su autonomía o permitan colectivizar el cuidado. Pensar la política pública desde una perspectiva feminista interseccional exige abordar la yuxtaposición de desigualdades sistemáticas (Ministerio de las Mujeres de la Provincia de Buenos Aires, s.f.). La consolidación de sistemas integrales de cuidado, con recursos y presupuesto garantizado, sigue siendo una deuda estatal ineludible.

Algunas reflexiones

Hemos analizado cómo las prácticas de cuidado en contextos de interacción recaen estructuralmente sobre mujeres atravesadas por múltiples vulnerabilidades socioeconómicas. Sostener la atención y la vigilancia dentro del ámbito hospitalario, asumiendo simultáneamente la carga mental y material en la esfera doméstica, configura una doble complejidad que interrumpe de manera drástica sus propios proyectos de vida.

Las intervenciones profesionales permitieron visibilizar dos ejes centrales: el proceso de expertización de las cuidadoras frente a las lógicas hospitalarias y la permanente disputa de saberes con el sistema biomédico. La fragmentación del subsistema público dificulta la elaboración



de estrategias integrales, dejando vacíos que son llenados por el esfuerzo no remunerado de las mujeres. Desde el Trabajo Social, intervenimos en este complejo escenario para gestionar externaciones viables y para disputar sentido, mitigar la sobrecarga familiar y validar el lugar de quienes sostienen cotidianamente la vida.

Resulta fundamental derribar los límites del paternalismo biomédico y consolidar abordajes interdisciplinarios que reconozcan la interdependencia humana. La evidente escasez de servicios post-alta interpela directamente la responsabilidad indelegable del Estado. Recibir cuidado y proveerlo en condiciones justas no es una obligación de género, sino un derecho humano. Su cumplimiento requiere corresponsabilidad real, asignación de recursos y la democratización de la tarea mediante infraestructuras públicas integrales y sostenidas.



SOSTENER LA VIDA EN EL HOSPITAL

Bibliografía

AGUILAR, P. L. (2019). *Pensar el cuidado como problema social*. En Guerrero, G. N., Ramacciotti, K. I. y Zangaro, M. (Comps.), *Los derroteros del cuidado* (pp. 19-30). Universidad Nacional de Quilmes. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/285217/CONICET_Digital_Nro.fcbbd855-b77f-4917-a015-06ad02304868_L.pdf?sequence=8&isAllowed=y.

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, Buenos Aires. <https://www.margen.org/suscri/margen93/brovelli-93.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"*. Dpto de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires. <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, Buenos Aires. <https://www.margen.org/suscri/margen78/brovelli78.pdf>.

CORTÉS B. (1997) *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, Ciudad de México. https://nuevantropologia.org.mx/index.php/revista/article/view/EnfermedadNarracion_BeatrizCortes_volXVI_num52_53_1997/leer.

DE IESO, L. (2015). *Prácticas del cuidar en entramados familiares. Aportes desde un análisis situado en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires*. Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social. 5 (10). 87-98. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/viewFile/8640/7296>.

DE KEIJZER B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. 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*. FLACSO. Buenos Aires. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/server/api/core/bitstreams/7b43e4e2-7f0d-47a2-ba97-f866ee3e7615/content>.

GOOD B. (1995) *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective* - Cambridge University Press. Cambridge.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS [INDEC]. 2022. *Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2021: Resultados Definitivos*. Ministerio de Economía. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf

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 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (S.F.) *Municipios, género y territorio*. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/Municipios_Genero_y_territorio_09_dig.pdf. Consultado: 20/05/2026

MORÁN N. Y PRATTO L. (2014) *La dimensión del cuidado en las instituciones de salud. Una mirada desde el Trabajo Social*. Dpto de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA. Buenos Aires. <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-institucionalidad.pdf>.

MURILLO DE LA VEGA S. (2000) *La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios*. Política y Sociedad. Madrid. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/issue/view/POSO000033>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022*. Resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. <https://educacionparalasalud.org/wp-content/uploads/2022/08/9789240052253-spa.pdf>.

PECHENY M., MANZELLI H. Y JONES D. (2002) *Vida cotidiana con VIH/SIDA y/o HEPATITIS C. "diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización"*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires.

RADI B. Y PÉREZ M. (2019) *Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social*. Avatares Filosóficos. Buenos Aires. <https://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/issue/view/224>.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. Y MARZONETTO, G. (2015). *Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina*. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. 4 (8). 103-134. <https://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/949/946>.

SPINELLI H. (2008) *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Lugar editorial. Buenos Aires.

ZIBECCHI, C. (2013). *Organizaciones comunitarias y cuidadoras: reconfiguraciones de responsabilidades en torno al cuidado infantil*. En: Pautassi, L. y Zibecchi, C. (Ed.). Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructuras (pp- 317-349). Editorial Biblos.

LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, LEY N°153 (1999). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*. <https://boletinoficialpdf.buenosaires.gob.ar/util/imagen.php?idn=3800&idf=1>.