



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Trabajo Social y Democracia:

Cuerpos en movimiento

Trabajo Social Situado

Reflexiones sobre prácticas de cuidado en salud desde una perspectiva de géneros

Mariana Serafini

Fecha de recepción: Mayo del 2023
Fecha de publicación: Julio del 2023
Contacto: Mariana Serafini
Correo electrónico: marianaserafini93@gmail.com

REFLEXIONES SOBRE PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNEROS

**Serafini, Mariana*

El siguiente escrito se sitúa desde la experiencia como Trabajadora Social en diferentes efectores de salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aborda las prácticas de cuidado que ejercen mujeres con otros adultos dentro del campo de la salud, reflexionando sobre la feminización de los mismos y el lugar que ocupa el Estado en materia de políticas sociales reforzando una perspectiva familiarista.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca dentro del ejercicio profesional desarrollado en distintos efectores de salud en el período 2019 a 2022 como Residente de Trabajo Social en un Hospital Público de la zona sur de CABA. La Residencia, en tanto posgrado de formación en servicio, permite la inserción en instituciones de distinto nivel de atención pertenecientes a una misma área programática. En el marco de una jornada de formación durante mi primer año, el expositor preguntó “¿Por qué una mujer debería ejercer las tareas de cuidado? Si es un proceso que debe ser aprendido desde lo físico y lo emocional, **¿Quién cuida y quién enseña a cuidar?**” (Registro de

* **Mariana Serafini** - Lic. en Trabajo Social UBA - Profesora en Docencia Superior (UTN). Residencia realizada en un Hospital Público de CABA. Actualmente Jefa de Residentes en un Hospital Público de la Pcia. de Buenos Aires.

cuaderno de campo, 2019). Este interrogante puso palabras a observaciones inconclusas y notas de campo reiteradas en mis registros sobre mujeres que cuidaban de manera casi devota a sus hijos, padres, parejas y ex parejas, aún cuando no querían hacerlo. El objetivo de este trabajo es recuperar las inquietudes que resonaron en mi ingreso al universo de la salud pública como Trabajadora Social y reflexionar sobre los aprendizajes adquiridos a lo largo de este proceso. Se aborda la feminización de los cuidados, con una mirada situada en los márgenes del sur de la ciudad. A su vez, se analiza el rol del Estado en las trayectorias de cuidado de las personas que transitan por los efectores públicos de salud.

¿QUIÉN CUIDA? : LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Todas las personas desde su nacimiento reciben determinados cuidados que le posibilitan desarrollarse. Se entiende que “**este incluye todas aquellas acciones realizadas para el mantenimiento de la vida cotidiana**” (Fisher y Tronto en Venturiello y otros, 2020). Sin embargo, hay quienes requieren un mayor y/o particular cuidado producto de alguna situación de salud que acontece en un momento de sus vidas. La falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual implica que las personas puedan requerir de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida cotidiana. (SICCABA, 2021 : 2). Al pensar en las dimensiones que se requieren para estos cuidados, Luxardo (2008) plantea que se engloban una multiplicidad de factores que impactan en quien padece una enfermedad y requiere de asistencia, afectando en todo lo constitutivo a su identidad. Estas situaciones pueden o no devenir en una discapacidad pero implican necesariamente de un otro para realizar distintas actividades. Venturiello (2020) explica que la dependencia que puede generar mayor necesidad de cuidado, no exime a las personas de su noción de autonomía. La misma concierne a la capacidad de tomar decisiones, y en los casos de requerimientos de asistencia, la presencia de los apoyos para ejercerla debe favorecer el desarrollo de la capacidad y no sustituir la voluntad de la persona.

Perez Orozco (2007) entiende a los cuidados como una red de interrelaciones entre quienes cuidan, quienes son cuidados así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Dentro de esa estructura analítica, coexisten distintas intersecciones que se presentan en una sociedad capitalista que producen una organización desigual de los mismos. El Sistema de Indicadores de Cuidados de la Ciudad de Buenos Aires (2021) plantea diversos ejes que estructuran la manera en la cual se organizan los cuidados. En primer lugar, destaca que en zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la que presenta los índices más altos de personas con Certificado de Discapacidad Vigente (CUD) ubicando un porcentaje del 43.6%¹. Junto con este, se ubican los porcentajes más altos de hogares con presencia de personas con discapacidad con un porcentaje del 20.1%². También se presenta la presencia de porcentajes más altos de adultos mayores con valores del 39%.

Las personas que concurren a los efectores de salud donde se sitúan las experiencias de intervención abordadas, se constituyen como el sector más empobrecido de la ciudad. Esto se refleja en la inserción al mercado de trabajo, las condiciones de vivienda así como

también el acceso a distintos servicios públicos (ASIS, 2016). De esta manera, el perfil poblacional de quienes concurren a los efectores del área, se encuentra atravesado por múltiples vulnerabilidades que interseccionan y determinan la manera en que se transitan los PSEAC, dependiendo para el acceso principalmente de los recursos provenientes del Estado.

Las políticas sociales son entendidas a la luz de lo que reflexiona Pastorini (2000) como uno de los mecanismos de regulación de las relaciones sociales; que se materializa en políticas sectorializadas, fragmentando y parcializando la cuestión social en sus manifestaciones. De esta manera, en materia de cuidado, se brindan respuestas insuficientes ya que se aborda la organización de los mismos, escindiendo de la lectura las condiciones materiales de existencia de la población que las demanda. La cristalización de esto, se observa en recursos escasos ofrecidos por el Estado. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, actualmente se cuenta únicamente con cinco residencias para adultos mayores y tres para adultos con discapacidad (SICCABA, 2018). A su vez, no existen dentro de las políticas del GCBA programas que cuenten con cuidadores domiciliarios que concurren a los hogares para distribuir la gestión de quien los solicita. Esto produce que las personas deban permanecer a cargo de quienes conviven con ellos. Cirino y Findling (2019) explican que los modelos de apoyo estatal para la provisión de atención no son neutrales y conllevan marcadas desigualdades sociales, que generan diferencias por clase y por género.

Ante las vacancias estatales, y las dificultades de acceso a ciertos recursos que se facilitan en la esfera del mercado, se ubica una sobrecarga en las responsabilidades en las familias. Al respecto, Zibecchi y Pautassi (2010) plantean que los hogares de bajos ingresos -que además tienen un mayor número de integrantes dependientes- no pueden contratar servicios privados para garantizar el cuidado por lo cual terminan recayendo las actividades principalmente en familiares mujeres del hogar. En los distintos efectores de salud, la gestión asociada al acceso de esos cuidados recae íntegramente sobre las mujeres. Ellas transitán por el sistema de salud aprehendiendo prácticas, sentidos y creencias sobre la manera en que deben ejercer esos cuidados y las implicancias que los mismos tienen en sus propias vidas cotidianas.

¿QUIÉN ENSEÑA A CUIDAR?: ENTRE LO APREHENDIDO Y LO ASIGNADO

Las funciones del cuidado descansaron históricamente sobre las mujeres como parte de la tarea doméstica, siendo invisibilizadas en el ámbito privado del hogar. Se construyeron alrededor de estas tareas roles asignados que ocultan responsabilidades desiguales entre los géneros. Si bien tanto varones como mujeres cuentan con la capacidad de ejercerlos *“la persistencia de la creencia que las mujeres están mejor dotadas para llevar adelante estas responsabilidades, ha llevado a que especializaran en las tareas de cuidado”*. (ELA, 2012 : 87).

Existen una serie de estereotipos de género, entendidos por Gabaldón Sevilla (1999) como las creencias populares que se construyen sobre un determinado grupo social. En este sentido, se refuerza la idea de que el tiempo de las mujeres debe estar destinado a las

actividades de cuidado, asociadas a valores que corresponden al orden de lo moral y el afecto hacia quien es cuidado. Estas construcciones son reforzadas en los distintos ámbitos a lo largo de la vida de las mujeres. Dentro de las intervenciones que he realizado en un dispositivo de promoción y prevención de salud, he podido sistematizar y reflexionar sobre las actividades de tiempo libre y recreación de un grupo de mujeres del barrio de la zona sur de CABA. Los resultados arrojaron que la mitad de las encuestadas asociaba el tiempo libre a la realización de actividades domésticas de cuidado⁴, dando cuenta que “**las representaciones que se construyen sobre el tiempo libre, están atravesadas por los estereotipos de género, a partir de la selección de actividades consideradas culturalmente como femeninas**” (Povedano y Serafini, 2021: 114).

Si bien existe una asignación histórica de las tareas de cuidado hacia las mujeres, he observado una profundización de los mismos y una ruptura en la vida cotidiana cuando irrumpen una internación o una enfermedad que requiere intensificar la asistencia y adoptar conocimientos específicos para llevarlos adelante. De esta manera, se comienzan a tejer por parte de ellas, distintas habilidades en las cuales se pone a disposición principalmente el tiempo y conocimientos para poder sortear distintas tareas.

“Señorita, usted no sabe como yo lo extraño. Siempre me ocupé de él. Nos despertabamos a eso de las seis, y yo lo acomodaba en la silla de ruedas. Lo llevaba a la cocina y prendía las dos hornallas de adelante. Eso le daba calorquito en invierno. En una, ponía un jarrito lleno de agua. Preparaba el peine y una esponjita. Lo afeitaba, y le acomodaba(...) Él los cebaba con mucha azúcar como me gustan a mi. No hablábamos mucho, pero escuchábamos la radio”.

(Nota de campo realizada en una entrevista a Ana, 2019)

Ana, de ochenta años, acompañó como única referente cuidadora a su hermano internado en el servicio de clínica médica del Hospital. Roberto había ingresado por presentar dos ACV consecutivos, los cuales habían dejado secuelas neurológicas que afectaban a su motricidad imposibilitándolo de realizar funciones básicas (comer, higienizarse, movilizarse por sus propios medios). Previo a la internación, se encontraba en silla de ruedas debido a una amputación de su miembro inferior derecho por diagnóstico de diabetes, y también presentaba hipertensión arterial. Ana siempre había cuidado de él, conviviendo juntos en un conventillo, profundizando estas tareas a partir del ingreso de su hermano al efecto de salud. Durante los tres meses de internación, Ana desplegó una serie de estrategias para sostener esos cuidados que afectaron a su vida cotidiana y a su salud.

Las mujeres que ejercen estos cuidados, van creando una serie de estrategias bajo las cuales deben reacomodar las actividades de su vida cotidiana (laborales, de ocio, de cuidado de otros, domésticas, etc) en función de cumplir con las obligaciones del cuidado que se requieren en una internación. Eso genera desgaste, cansancio y dificultades para sostenerlas en el tiempo. En este sentido, Luxardo (2008) plantea que las actividades de cuidado son incorporadas en las propias rutinas y cuando el cuidado se complejiza, la atención requiere cada vez más tiempo, entonces la nueva rutina va devorándose la previa hasta que la vida completa del cuidador gira alrededor de aquella (p. 81). Algunas de las

actividades que confieren a las tareas de cuidado que he podido registrar en mis intervenciones son las siguientes:

- Acceso a medicación, insumos y turnos: incluye estudios complementarios que deban realizarse luego de la internación, seguimientos ambulatorios dentro del mismo nivel u otro nivel de atención. La medicación corresponde conocer e implementar el circuito acorde a la región donde presenten el domicilio y efectuar los trámites necesarios cada vez que la misma deba suministrarse. Los insumos abarcan desde la gestión de elementos ortopédicos, pañales, cremas, gasas, entre otros. A su vez pueden ser requeridos posterior a la internación como bolsas de colostomía, cambio de cánulas posteriores a una traqueotomía.
- Gestión para la derivación a otros dispositivos: estos pueden ser de derivación a una institución de rehabilitación, acompañando a los profesionales en la presentación de documentación necesaria para el egreso. En el caso de derivación a instituciones convivenciales, acompañar la gestión a Hogares permanentes del GCBA, los cuales en su demora perpetúan las actividades de cuidado en la institución hospitalaria.
- Gestión de documentación y prestaciones: conocer y seguir los circuitos para la gestión de pensión por invalidez, certificado único de discapacidad, documento nacional de identidad, regulaciones migratorias.
- Provisión de alimentación e higiene personal: Facilitar la alimentación e higiene. Cambio de pañales y registro al equipo de salud de dificultades en si la persona internada puede o no ir de cuerpo, si registra dificultades en la alimentación, etc.
- Manejo de “destrezas técnicas”: complementar las intervenciones del equipo de salud realizando cambio de cánulas de traqueostomía, cambio de bolsas de colostomía, controlar sueros, mover al paciente a fin de evitar escaras, realizar curaciones, etc.

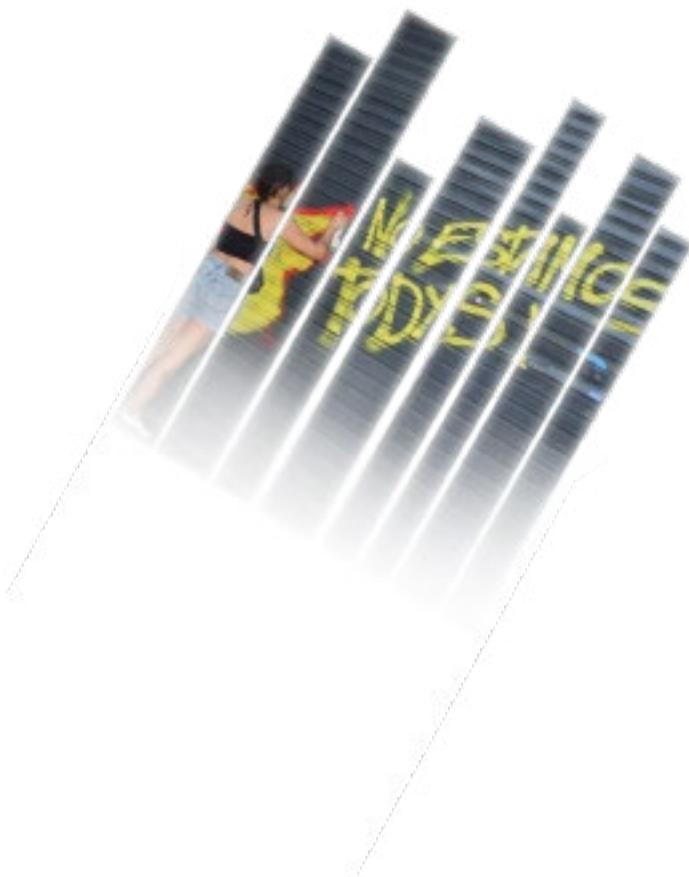
Sumado a lo anteriormente mencionado, también ofrecen escucha, contención, presencia, actividades de ocio, lo cual también califica como tiempo de calidad puesto en aquella persona que se encuentra en situación de dependencia. Todas estas actividades ocupan gran parte o toda la jornada diaria de la vida de una mujer y esto puede prolongarse por días, meses o años. Al respecto, “esta división social por la cual las mujeres cargan con la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado implica una menor cantidad de horas y recursos disponibles para dedicarles a su desarrollo personal, productivo, profesional y económico” (Mesa Interministerial de Cuidados, 2020 : 9). El tiempo dedicado al cuidado de une otre en la vida de las mujeres, imposibilita desarrollarse en ámbitos de su propia vida, así como también el desgaste que generan estas funciones en diversos casos afecta y deteriora su propia salud y autocuidado.

REFLEXIONES FINALES

En nuestras prácticas cotidianas como Trabajadores Sociales nos cruzamos con mujeres cuidando. Resulta urgente ubicar la corresponsabilidad del Estado en materia de políticas sociales destinadas al cuidado como parte de la salud. La consecuencia de sus vacancias, golpea nuevamente a los sectores más empobrecidos y a las mujeres, que signan sus trayectorias de vida atravesadas por la sobrecarga que implica ser las únicas ocupadas de la tarea de cuidar. Sigue siendo nuestra tarea como profesionales de la salud pública continuar exigiendo al Estado un sistema de organización de los mismos más equitativo y abogar por prácticas desfamiliaristas que garanticen mejor distribución de los cuidados.

NOTAS

1. Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Encuesta Anual de Hogares (EAH). (2018)
2. Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Encuesta Anual de Hogares (EAH). (2018)
3. El 40% de las encuestadas refirió realizar tareas domésticas y de cuidado/crianza en sus tiempos libres" (Povedano y Serafini, 2021:113)





BIBLIOGRAFÍA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (2016). GCABA. Argentina.

Disponible en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>

CEMINARI, YANINA Y STOLKINER, ALICIA (2018). *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas.* X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

CIRINO, E; FLINDING, L (2019) *¿Hacia una política integral de cuidados ? Una mirada sobre los programas para personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires.* Universidad de Buenos Aires.

Disponible en:

<http://revistas.unref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/471>

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (2018) *Organización Social del Cuidado.* Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/sipr/cuidados/principal>

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (2021) *Sistema de Indicadores de Cuidado de la Ciudad de Buenos Aires.*

Disponible en:

<https://www.estadisticaciudad.gob.ar/sipr/cuidados/Marco-de-referencia-SICCABA.pdf>

EQUIPO LATINOAMERICANO DE JUSTICIA Y GÉNERO (2018) - *De eso no se habla: El cuidado en la agenda pública.* Buenos Aires

LUXARDO, N (2008) - *Cuidados, terapias y creencias en la atención en salud.* Compiladora: Claudia Krmpotic. Editorial Espacio. Buenos Aires

MESA INTERMINISTERIAL DE POLÍTICAS DE CUIDADO (2020) - *Hablemos de cuidados: Nociones básicas hacia una política integral de cuidados desde una perspectiva de géneros.*

Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>

POVEDANO, S Y SERAFINI, M (2021) - *Tramando y Desentramando : Ensayos Feministas desde el Trabajo Social.* Compiladora: Lorena Guzzetti. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires

VENTURIELLO, MARÍA PÍA, BUENO CARMUCA, PALOMO MARÍA TERESA (2020) - *Entramados de interdependencias, cuidados y autonomía en situaciones de diversidad funcional.* CEIC.

Disponible en:

<https://papelesceic.identidadcolectiva.es/2020-2/234-Papeles-CEIC-2-2020.html>

ZIBECCHI, C Y PAUTASSI, L (2010) - *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias.* CEPAL - Serie Políticas sociales No 159.