

# Producción subjetiva de cuidado en salud: una mirada transversal desde el Trabajo Social

---

Daniela Aladro<sup>1</sup>

Fecha de recepción: 31/08/2021

Fecha de aprobación: 20/10/2021

## Resumen:

El cuidado ha ganado centralidad en las agendas públicas, sobre todo ante la inédita situación de pandemia por Covid-19. De algún modo, este escenario nos recordó la fragilidad del ser humano y la necesidad del vínculo con otros para la producción de salud. Es por eso, que este trabajo se propuso condensar un análisis sobre la producción subjetiva de cuidado en salud, a la luz del proceso de formación de la Residencia de trabajo social de C.A.B.A. Para tal fin, se conceptualizó integralmente la noción emergente de cuidado en acto, como proceso dialéctico e indisoluble para la producción de cuidado en salud y, como un posicionamiento ético político, para un abordaje integral de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado; buscando dinamizar los conceptos mismos de cuidado y A.P.S en la arena de disputas simbólicas en el campo de la salud. Este trabajo se propuso la posibilidad de contribuir a poner en debate, a la luz de la tensión, como se construye cuidado en las prácticas cotidianas de los trabajadores en los procesos integrales de salud a fin de garantizar el acceso a derechos.

## Palabras clave:

PRODUCCIÓN SUBJETIVA DE CUIDADO- SALUD -TRABAJO SOCIAL

## Abstract:

Care has gained centrality in public agendas, especially in the face of the unprecedented situation of the Covid-19 pandemic. Somehow, this scenario reminded us of the fragility of the human being and the need to bond with others to produce health. That is why this work set out to condense an analysis on the subjective production of health care, in the light of the formation process of the C.A.B.A. Social Work Residence. To this end, the emerging notion of care in action was fully conceptualized, as a dialectical and inseparable process for the production of health care and, as an ethical-political position, for a comprehensive approach to the health-disease-care-care processes; seeking to energize the very concepts of primary health care and attention in the arena of symbolic disputes in the field of health. This work proposed the possibility of contributing to debate, in the light of tension, how care is built in the daily practices of workers in comprehensive health processes in order to guarantee access to rights.

## Keywords:

SUBJECTIVE PRODUCTION OF CARE- HEALTH- SOCIAL WORK

## Introducción

El presente trabajo se propone un análisis de la producción subjetiva de cuidado en el campo de la salud, a partir de la noción de *cuidado en acto*, desarrollada en base al trabajo vivo, a las prácticas de sus trabajadores, desde el enfoque de atención primaria de la salud. Para ello se desarrollará en primera instancia, un recorrido de las principales categorías que configuran la noción de cuidado en general, y en particular, de los procesos integrales de salud. En un segundo momento, se profundizará para favorecer su entendimiento en la complejidad, el marco

---

<sup>1</sup> Licenciada en Trabajo Social UNLaM. Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: [daniela.aladro@gmail.com](mailto:daniela.aladro@gmail.com)

conceptual de la categoría de *cuidado en acto*. Esta categoría, es desarrollada a partir de la intersección y complementariedad entre, por un lado, el cuidado como atención integral de la salud, partiendo de los postulados y lineamientos de la A.P.S y por otro, del cuidado que se desprende del trabajo vivo, en el encuentro entre trabajadores y usuaries, lo que posibilita la potencia de transformación y organización de los servicios. En un tercer momento, tomando aportes metodológicos del campo de la salud colectiva, se trazará un recorrido conceptual y situado mediante la cartografía, de los territorios fértiles transitados como residente del sistema de salud pública que desentraman la categoría de cuidado en acto, permeados por el hacer y el pensar colectivo de sus trabajadores, como engranaje central para la producción de salud. Finalmente, se desarrollarán las reflexiones finales de este documento, apostado a potenciar y poner en debate la importancia e indisociabilidad del cuidado en la producción de salud, como un modo de regresar el foco a la humanidad de nuestras prácticas.

### **Cuidado en salud: tensionando conceptos y realidades**

La noción de cuidado representa la configuración del ser humano como sujeto vulnerable e interdependiente. Desde antes de nacer, requerimos de cuidados de otras personas para lograr desarrollar todo nuestro potencial. Es, en ese acto primario del origen, donde la vulnerabilidad y la interdependencia se muestran como paradigma esencial para la reproducción de la vida. Todes hemos recibido, en alguna medida, cuidados para ser. Es en la red de cuidados donde desarrollamos nuestras capacidades, en ese interjuego de dependencias con otros donde se devela la vulnerabilidad de la especie.

En este sentido, el cuidado puede considerarse como una condición humana fundamental (Heller, 2001), no sólo como necesario para la reproducción de la vida y la supervivencia, sino como constitutivo y como característica esencial de los seres humanos...Somos humanos porque cuidamos, somos humanos porque recibimos cuidados. Krmpotic (2016) añade que nuestras experiencias más tempranas en la infancia nos confrontan con otros, en un mundo de mutuas dependencias, que nos permiten sobrevivir y crecer. Agrega que el cuidado de uno mismo, implica el cuidado de otros y dado que toda relación implica normas, el cuidado y la ética se encuentran siempre interconectadas. Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) en relación con la ética del cuidado, tomando desarrollos provenientes del campo psi, sostienen que la ética es el reconocimiento de la presencia del otro como semejante, como sujeto de derechos. Es por eso que afirman que no existe cuidado sin un vínculo con el otro, vínculo que debiera sustentarse en una corriente afectiva tierna, desde la empatía, el miramiento y el buen trato. El concepto de miramiento según Ulloa refiere a "*mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo*" (1995: 135).

Esto nos invita a pensar que necesitamos de otros para sobrevivir, desarrollarnos y sostener nuestro proceso singular, complejo e integral de salud. Porque la salud y el cuidado no pueden pensarse como categorías separadas, es en la relación dialéctica entre ambas nociones, donde se encuentra la producción de salud. Recreando las ideas de Floreal Ferrara para definir a la salud (y acá me atrevo a jugar con las palabras como una práctica de cuidado reaprehendida en la residencia), la producción subjetiva de cuidado busca mediante el ejercicio de la afectación y la ternura, difuminar esos conflictos antagónicos que pretenden evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Y no es al azar la elección del término difuminar,

difuminar es fundir los márgenes, los contornos para dar la sensación de movimiento y perspectiva. ¿No es acaso el cuidado la fusión de otredades en busca de la solución de conflictos que nos impiden ser felices? ¿No son estos tiempos turbulentos e inéditos la oportunidad para (re)encontrarnos con el sentido profundo de ser humanos y producir colectivamente salud?

La producción de cuidado se revela entonces como fundante, para quienes elegimos el trabajo con otros, y sobre todo para permitir con nuestras intervenciones la producción de procesos integrales de salud.

En los últimos años, el cuidado ha ganado centralidad en la agenda pública nacional e internacional, sobre todo ante la inédita situación de pandemia por el virus SARS-COVID2: aislamiento para el cuidado social, corresponsabilidad colectiva en torno a la propagación del virus, medidas de cuidado comunitarias, de las familias y del Estado para garantizar la reproducción de la vida. De algún modo, la pandemia nos recordó la fragilidad del ser humano y la necesidad del vínculo con otros para la producción de salud, en definitiva, nos enfrentó como nunca antes a nuestra propia vulnerabilidad e interdependencia.

Sin embargo, el interés y análisis sobre el cuidado como objeto de la política pública puede percibirse en los últimos dos decenios, aunque el foco sobre esta problemática puede ubicarse en la década de los años 70 del siglo XX, de la mano del movimiento feminista (López y Michelli, 2016). En este sentido, se puede observar una ampliación del concepto de cuidado, que ha abandonado progresivamente su consideración como una cuestión de atención de personas dependientes, para comprenderse como una acción imprescindible para el mantenimiento y sostenibilidad de la vida. Esta valorización y necesidad de hacer visible el cuidado, han ido acompañadas de un cambio conceptual, por lo que progresivamente se ha dejado de considerar una obligación exclusiva de la mujer, para comenzar a analizar este concepto como una responsabilidad compartida entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad (Covas, Maravall y Bonino, 2009).

Actualmente, se habla de diamante de cuidado para evidenciar la interrelación entre estas categorías: las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias; y como representación de la arquitectura a través de la cual se provee el cuidado. El diamante de cuidado indica la presencia de estos cuatro actores, pero también las relaciones que se establecen entre ellos: la provisión de cuidados no ocurre de manera estanca, sino que resulta de una continuidad donde se suceden actividades, trabajos y responsabilidades (Ceminari y Stolkiner, 2018).

En este sentido, Pérez Orozco (2006) sugiere hablar de redes de cuidado aludiendo a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuales esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Las redes de cuidado las conforman las personas que dan cuidado y las que los reciben (es decir, todas las personas en nuestros roles de cuidadoras y cuidadas) así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada. Como trabajadores del sistema de salud pública, y valiéndonos de la ética que implica el cuidado, es necesario tomar esta posibilidad de transformación para ampliar el campo de nuestras prácticas de trabajo incluyendo la dimensión subjetiva en la producción de salud.

Ahora bien, en relación con la vinculación del cuidado con el campo de la salud, es necesario advertir que no existe, en la revisión bibliográfica, un análisis unívoco sobre qué se entiende por cuidar en el marco de la atención de la salud. Michalewicz et al. (2014) refieren que, al indagar en el concepto de cuidado, encontraron que en los últimos años había aumentado significativamente el uso de este término. No sólo en el día a día de los servicios, sino en las publicaciones científicas, documentos técnicos y políticos dentro del campo de la salud. Los autores sostienen que la concepción de cuidado parecería estar siendo utilizada en diferentes sentidos por actores con posiciones distintas. Y esto puede ser comprendido, a la luz de entender al campo de la salud, no sólo como un escenario de prácticas e intervenciones, sino como una arena de disputas simbólicas sobre las formas de acercarse al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren; y en relación con las respuestas sociales frente a estos procesos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Es por eso que, en este texto, apostando a seguir tensionando qué es el cuidado en salud, se entenderá al mismo partiendo de la conjunción y complementariedad, de dos de las categorías utilizadas por Michalewicz et al. (2014), como resultado de la categoría emergente del trabajo de investigación realizado en segundo año de la residencia "*Cuidar, cuidado... ¡Cuidado! Reflexiones en torno a la producción subjetiva del cuidado en Atención Primaria de la Salud*" (Aladro, 2020). En este trabajo se realizó una investigación con triangulación metodológica, cuya población objetivo fueron los trabajadores del Cesac N°5 y donde su objetivo fue analizar cómo se desarrollan (y significan) las prácticas de cuidado por parte de los trabajadores del equipo de salud. De este trabajo surge la categoría emergente que denominaré *Cuidado en acto*.

Para desglosar esta noción y favorecer su entendimiento en la complejidad, comenzaré por profundizar en la primera categoría que la compone, desarrollada por Michalewicz et al. (2014). La misma es aquella que vincula la noción de cuidado a la atención integral en salud, como un concepto superador de la simple atención, a partir de la integralidad y la participación. Los autores relacionan esta acepción con lo que desde la Atención Primaria de la Salud (APS) se entiende como "atención integral", vinculándolo a conceptos como integralidad, relaciones horizontales, participativas, simétricas y de intersectorialidad, concibiendo a las problemáticas en salud desde su complejidad. La segunda categoría que conforma la noción de cuidado en acto es la que vincula al cuidado como eje que orienta la atención, centrándose en los usuarios. En esta categoría, se relaciona el nivel de análisis del encuentro usuario-trabajador/a de salud con el modo de organización de los servicios, donde lo vincular no sería sólo una dimensión de las prácticas, sino el eje desde el cual se debe organizar a los sistemas y servicios de salud.

Es en esta intersección y complementariedad entre el cuidado como atención integral de la salud partiendo de los postulados y lineamientos de la A.P.S y por otro, el cuidado que se desprende del trabajo vivo en acto, de esa zona de afectación mutua que se produce entre trabajadores y usuarios, que se da lugar a la potencia de transformación y organización de los servicios. A esta noción, que desarrollaré en el próximo apartado la denominaré tentativamente *cuidado en acto*, con la finalidad de condensar la potencia de estas dos categorías que la sustentan.

## Cuidado en acto: la afectación como motor de la transformación en salud

Para adentrarnos en esta interseccionalidad de nociones de cuidado, es necesario empezar por desandar qué comprende la primera categoría que hace alusión a la A.P.S ¿Es la atención primaria de la salud una modalidad de atención centralizada en grupos vulnerables? ¿Es la puerta de entrada al sistema de salud? ¿Es únicamente la atención que se brinda en el primer nivel de atención?

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas y del conjunto social, a través del involucramiento activo de la comunidad en la definición de sus necesidades y estrategias de abordaje, desde la horizontalidad, integralidad, intersectorialidad y complejidad. El propósito de la A.P.S es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud. Por lo tanto, para la estrategia de A.P.S es decisivo asegurar el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, la articulación con las redes locales, el alcance desde el sistema sanitario a los hogares, permitiendo de esta forma, conocer la realidad social y las condiciones de salud de la población, favoreciendo otras formas de organización al interior de los equipos. Según González García y Torres (2005), la estrategia de Atención Primaria de la Salud puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social. Por su parte, Tejada Rivero (2003) en una revisión a 25 años de la Declaración de Alma Ata, sostuvo que el espíritu del término cuidado en APS implicaba una concepción del quehacer, del trabajo vivo en salud, que superaba la atención; dado que comprendía relaciones horizontales, simétricas, participativas y de intersectorialidad. Lo que da cuenta que las prácticas en salud, en un sentido amplio e integral, exceden a lo que puede hacer el sector sanitario y determinadas prácticas hegemónicas que se dan en su interior. Las prácticas en salud comprenden la integralidad de los actores involucrados en el diamante del cuidado: familias, estado, mercado y comunidad.

Es por lo desarrollado hasta aquí, que podríamos preguntarnos ¿Cómo se puede favorecer el involucramiento activo de la población? ¿Qué acciones son necesarias desde el sector salud para poder implementar el sentido profundo de la APS? ¿Qué rol ocupan los y las profesionales de la salud en este proceso?

Es allí, en la búsqueda de posibles respuestas, donde se asienta la categoría emergente de cuidado *en acto*, en la complejidad y complementariedad que propone el trabajo vivo y la estrategia de la APS, como mecanismo necesario para alcanzar una participación social que pueda ser sostenida y alojada por los equipos de salud. Es allí, en el encuentro entre trabajadores y usuaries, donde se halla la potencia viva para lograr esa participación efectiva que dé lugar a prácticas transformadoras de cuidado y nuevos modos de organización de los servicios que tengan como eje las necesidades de la población. En este sentido, los aportes de Franco y Merhy (2011) contribuyen a comprender la importancia del trabajo vivo en acto en los procesos de atención en salud. Los autores sostienen que el trabajo vivo en acto puede generar procesos creativos que den lugar a múltiples maneras de cuidar, dado que cada trabajador de la salud actúa de un modo singular en la producción del cuidado, aunque se encuentren bajo la misma directriz normativa. Es decir, que las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada sujeto, dado que cuando los trabajadores se encuentran en situación de trabajo, en

relación directa con los usuarios, son ellos los que en acto definen cómo se desarrolla ese cuidado. Sostienen además que la producción subjetiva del ambiente donde se vive y trabaja, está signada por una constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales, en base a criterios dados por el saber y fundamentalmente por "*la dimensión sensible de percepción de la vida y de sí mismos*"(2011: 2).

Esta deconstrucción y reconstrucción de territorios existenciales se da a partir de flujos de intensidades entre los sujetos que actúan en la construcción de la realidad social. Y esto es posible, porque en el encuentro entre trabajadores y usuarios, ambas partes tienen la capacidad de afectarse recíprocamente. La idea de afectación a la que hacen referencia Franco y Merhy (2011), se encuentra basada en el concepto de Spinoza de afectos, que refiere a la capacidad de afectar y ser afectado a partir del encuentro. Es por eso que la afectación positiva produce mayor potencia de acción en el mundo y, por consiguiente, la afectación negativa, produce menos potencia.

Y nuevamente me permito una licencia, para ampliar la noción de afecto. En las prácticas en salud, el afecto debe procurar el esfuerzo de ser entendido en la doble acepción de su significado. Desde la afectación spinoziana, que lo define como la capacidad de afectación de dos cuerpos en el encuentro, lo que genera las condiciones de transformación recíprocas. Y también, centrados en el paradigma de cuidados, desde el afecto como prácticas basadas en la ternura. Tomando los aportes de Ulloa (1995), la práctica de la ternura produce dos condiciones: la empatía y el miramiento. Empatía en tanto participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente a nivel emocional y miramiento en su significado de mirar con considerado interés, con afecto amoroso, a un otro que es reconocido sujeto distinto y ajeno. Esto comprende que la producción subjetiva de cuidado en salud implica el doble esfuerzo de entregarnos al encuentro con un otro diferente a mí y permitir que ese encuentro se halle ligado a la ternura y al reconocimiento del otro en su integralidad como sujeto de derechos. Desde este enfoque del cuidado en salud, los procesos de atención tienden a romper con los esquemas rutinizantes de protocolos de atención, para abrir el juego a la singularidad y complejidad de los procesos de salud de manera dinámica, incorporando el mundo del otro en nuestras propias prácticas.

Esto nos permite pensar que, en el encuentro entre trabajadores-usuarios, la posibilidad de afectación, los territorios existenciales singulares y el deseo, podrán cargar de potencia al trabajo vivo para producir determinada práctica de cuidado. El trabajo vivo en acto es entonces, aquel que se da en el momento de la interacción, del encuentro y que no puede prefabricarse ni estereotiparse, éste se rige por lo que ocurre y circula entre las personas implicadas (Benet, Merhy y Pla, 2016). Y eso que ocurre y circula es la potencia de la afectación. Si la afectación es positiva, el encuentro producirá cobijo, vínculo, satisfacción, autonomía y si la afectación es negativa, producirá modos de actuar burocráticos, acotados y cargados de insatisfacción. Son entonces, los trabajadores, con su modo singular de significar e intervenir el mundo, quienes construyen su propio proceso de trabajo desde su creatividad, libertad, desde su propio margen de agencia, difuminando las directrices normativas que pretenden encorsetar las prácticas de cuidado en protocolos rígidos distantes de humanidad. En definitiva, el cuidado siempre se construye en relación con un otro en un proceso de producción de subjetividades.

Es por todo lo desarrollado hasta el momento, que la categoría emergente de *cuidado en acto* se propone no sólo como una síntesis de lo que en este texto se comprende por

cuidado, sino como un posicionamiento ético político para el abordaje integral de las atenciones en salud, buscando tensionar los conceptos mismos de cuidado y A.P.S en la arena de disputas simbólicas en el campo de la salud.

### **Cartografía del cuidado en la residencia**

La construcción y apropiación de las categorías que componen la noción de *cuidado en acto* son parte intrínseca a las experiencias vividas como residente de trabajo social en salud. Son esas experiencias las que dieron forma y cargaron de sentido a lo que entiendo como producción subjetiva de cuidado, son las que elevaron la práctica a constructos analíticos permeados por la subjetividad del ser parte de esos procesos. Es entonces, el hacer y el pensar colectivo, lo que posibilitaron el surgimiento e interés en este concepto. Es por eso que me propongo revalorizar mi transitar como residente del sistema de salud pública, para de alguna manera encontrar y darle luz, al hacer compartido de sus trabajadores, como engranaje central para la producción de salud.

Para ello, tomaré aportes desde la salud colectiva, en relación con la metodología de la cartografía. Benet, Merhy y Pla definen a la cartografía como un “(...) *proceso de producción de conocimiento colectivo a partir de experiencias vividas, donde se reconoce a todas las personas como productoras intensivas de conocimiento*” (2016: 231). La cartografía permite, por lo tanto, producir conocimiento una vez ocurrido el acontecimiento, y esto sucede porque parte de la necesidad de dar voz y expresión a la experiencia corporal procedente de las afecciones vividas en el encuentro con otros (Benet et al., 2016). En el transitar como trabajadora social en los 3 años de la residencia, pude ingresar a diversos espacios de prácticas cotidianas en el sistema de salud, participando de sus encuentros, vivencias y tensiones, lo que me permite esbozar una cartografía de este territorio. Como navegante primitivo, me propongo trazar las líneas que conectan a los trabajadores con la producción subjetiva de cuidado en salud desde sus propias prácticas en el marco de mi formación en la residencia. Y en este sentido, la cartografía viene a aportar una mirada atenta a los flujos de intensidades y a las afectaciones, lo que permite revelar la producción de subjetividades y la construcción de territorios existenciales (Guattari y Rolnik, 2006). Es decir, que la cartografía nos permite entrenar la mirada haciendo foco en el movimiento y la reflexión permanente.

Sin embargo, este camino no pretende ser comprendido como verdad absoluta ni con tenor positivista. Esta travesía propone generar una suerte de conocimiento situado, una ruta que contribuya a poner en debate, a la luz de la tensión, como se construye cuidado en las prácticas cotidianas de los trabajadores en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Para tal fin, me propongo la elección intencional de tres escenarios de producción de cuidado, por la vivencia de haber participado de ellos y por haber sido espacios claves para comprender la importancia e indisociabilidad del cuidado en la producción de salud.

#### **a) Cuidados Paliativos**

Al comenzar mi proceso de inserción en la residencia, tuve la oportunidad casi por casualidad, de adentrarme en la perspectiva paliativa. En una de las primeras interconsultas que recibí, una mujer en proceso diagnóstico por cáncer de cérvix en fase 4, en medio de un taller de salud sexual realizado como estrategia para evaluar una posible situación de violencia de género, me preguntó sin vueltas “¿cuánto me queda de

vida?” (sic). No supe cómo responder y derivé la conversación en les profesionales médicos que debían tener el conocimiento para dar respuesta a esa demanda. La mujer, que se encontraba recostada en una cama de internación, sin posibilidades de movilizarse, se tapó la cara con una servilleta. Fue como decirme “déjame sola”. En ese momento sentí que lo que estaba a mi alcance era respetar su decisión de no hablar y favorecer su momento de intimidad.

Recuerdo todavía cada detalle de la escena. Me veo insegura, sin herramientas, buscando en mi cabeza qué de todo lo aprendido en mi formación me había preparado para esto. La respuesta fue la que imaginan. No pude hallar aporte alguno que me permitiera desenvolverme en esa situación. Pero si, hoy en perspectiva, puedo decir que fui afectada por ese encuentro. Mi propia subjetividad fue atravesada por esa mujer. En aquel momento, mi inexperiencia puso en práctica lo más primitivo y fundante del trabajo con otros, el respeto por la otredad, lo que hoy puedo categorizar como ética del cuidado. Pero la intervención no se limitó sólo a reconocer a aquella mujer como sujeto de derechos. La potencia de esa afectación me obligó necesariamente a buscar otros modos de acompañar su proceso de salud. Y en esa búsqueda, no estuve sola, conté con la presencia y disposición activa de las colegas referentes. El rol de referente, según el Programa Docente de la Residencia de Trabajo Social (2018), lo llevan adelante profesionales con aptitudes y actitudes formativas para el acompañamiento docente y la supervisión en el proceso de rotación de los residentes. En el programa local de la sede Santojanni, se agrega “(...) *la necesidad de la construcción de un vínculo pedagógico entre residentes y referentes, permitiendo un diálogo que promueva la acción. Es decir, pensar en conjunto de manera horizontal, sobre el trabajo mientras se desarrolla.*” (Berti y Bottaro, 2020). En este marco, en supervisión con las referentes, pude poner en palabras esa sensación de desamparo frente a la fragilidad de la vida, donde la mutua afectación permitió el acompañamiento de ese proceso, la puesta en común de la perspectiva paliativa y su bagaje bibliográfico, para nutrir mi propio proceso de aprendizaje y de esa manera garantizar el acompañamiento del proceso de salud de aquella mujer. Desde allí, en este flujo de intensidades dialéctica, producto del acto de cuidado en la relación pedagógica, es que podemos adentrarnos en una aproximación a lo que significa la producción subjetiva de cuidado en Cuidados Paliativos (CP).

Los cuidados paliativos se proponen como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a las problemáticas asociadas a una enfermedad potencialmente mortal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento, una identificación temprana, evaluación multidimensional adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2007). Es decir, que los CP son la respuesta organizada que cubre la integralidad de las necesidades de pacientes que atraviesan una enfermedad amenazante para la vida. Ya desde su nominación, proponen enfatizar la dimensión humanizante de las atenciones en salud. Si nos enfocamos en la relación ética del cuidado, los CP se centralizan en garantizar la autonomía del paciente, en el reconocimiento de la persona como sujeto de derechos. Vilma Tripodoro sostiene que “*así como una persona es única, también lo es su muerte*” (2013: 602), por lo que en el enfoque de CP se entiende a la asistencia sanitaria desde un modelo centrado en la persona, es decir que el ritmo y las intervenciones estarán guiadas por la singularidad y multidimensionalidad de la persona atendida. Por lo tanto, los cuidados paliativos, son un modelo que se basa en la autonomía del paciente, donde lo

que se procura es atender a lo que una persona, en un determinado momento, necesita. Actuaciones siempre guiadas por el principio de dignidad y equidad, focalizadas en las necesidades y potencialidades de la unidad paciente-familia/entorno afectivo.

Este modo de comprender al objeto de intervención en cuidados paliativos, también nos habla del abordaje integral necesario para producir salud desde esta perspectiva. El trabajo complejo con los pacientes y familia, implica a su vez la afectación de los profesionales de salud. Será en esa zona de encuentro donde se definirán las estrategias de manera conjunta para diseñar el plan terapéutico singular que permita acompañar a la unidad de tratamiento en el proceso de adaptación a la nueva realidad que la enfermedad impone. No se trata solamente de abordar la sintomatología propia del padecimiento, sino fundamentalmente la dimensión subjetiva de la enfermedad en su complejidad. De esta forma el cuidado desde CP se propone como el puntapié para traccionar el modo de organización de los servicios, donde lo vincular se presenta como el eje desde el cual se debe organizar a los sistemas y servicios de salud.

Tensionando el imaginario que relaciona a los cuidados paliativos con el sufrimiento y la muerte, el proceso de acompañar a la unidad de tratamiento desde la perspectiva paliativa se devela como un acompañamiento que enfatiza la vida, el respeto por la otredad y la multidimensionalidad del ser en su proceso de salud, garantizando la autonomía del paciente, sus derechos y la búsqueda de satisfactores que permitan la producción subjetiva del cuidado en salud.

## **b) Crianzas**

En el otro extremo de la trayectoria vital, nos encontramos con las crianzas como parte fundante de la reproducción y sostenimiento de la vida. En el campo de la primera infancia, el acompañamiento de las crianzas es otra de las áreas en las que pude desenvolverme como trabajadora de la salud. En la rotación por APS del segundo año de la residencia y en la rotación programática de tercer año, abocada a un proyecto de salud mental y crianzas en el CeSAC n°5, fue posible adentrarme en el cuidado del recién nacido y en el sostenimiento del vínculo constitutivo entre cuidadores (otres significativos) y bebés.

En este sentido, María Emilia López (2016) define a la crianza como el conjunto de tareas que brindan cuidados para asegurar la supervivencia de los más pequeños. Es decir, como una serie de acciones que los cuidadores ejercen como responsabilidad del cuidado, buscando asegurar el bienestar, la supervivencia, la calidad de vida y la integración a la vida social (Aguirre, 2000). En este proceso, fundante de la estructura psíquica del bebé, se ponen en juego las creencias personales, derivadas de los patrones culturales de pertenencia, conocimientos adquiridos e ideas de lo que debiera ser hecho (Evans y Meyers, 1994). De esta forma, la crianza del ser humano instituye la primera historia de amor sobre la que se construye en gran parte la identidad del niño, así como su ser social (Escallón, 2000). En este proceso, las redes sociales encarnan un papel fundamental, dado que forjan su identidad y sus vínculos en los grupos en los que se interrelacionan. Éstas implican un proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que sucede en múltiples espacios y sincrónicamente. Lo que posibilita dar potencia a los recursos que se poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida (Chadi, 2000).

El Centro de Salud, como parte de las redes sociales institucionales, se presenta como un actor estratégico para motorizar procesos de promoción y prevención de la salud, desde una perspectiva de derechos, como un actor clave en las articulaciones intra e interinstitucional, para ser una materialización de las políticas de cuidado a las infancias. En este punto es posible anclar el diamante del cuidado, ubicándonos como trabajadores del sistema de salud pública, como parte esencial del engranaje estatal de las políticas de cuidado. En la experiencia de rotación en el espacio de crianzas, fue posible apropiarme del sentido profundo que el taller tenía en la complejidad del campo de la salud. El espacio fue creado para favorecer el encuentro entre los adultos significativos en la crianza de los niños, a fin de fortalecer sus redes sociales y configurar nuevas redes de apoyo que acompañen y nutran los procesos de criar.

Sin embargo, este proceso de intervención implica no sólo la apropiación de material científico, comprobado y veraz sobre el desarrollo madurativo del bebé. Este proceso necesariamente envuelve la dimensión subjetiva del encuentro con los usuarios. Es en esa zona de afectación mutua con cuidadores y bebés, donde se halla la potencia viva para dinamizar procesos subjetivos de cuidado para el sostenimiento de la vida. Tomando aportes de Chardón y Scarímbolo (2011) es posible afirmar que es en el contexto de los cuidados parentales, de las crianzas, donde se desarrollan las primeras funciones de cuidado, a través de las cuales el recién nacido se transforma en sujeto de la cultura. Funciones que, para ser efectivas, no pueden dissociarse de la ternura como parte del proceso de cuidar. Y en este interjuego de cuidados, los trabajadores de la salud, también debemos hacer el esfuerzo de llevar a la práctica el lazo tierno que implica la producción subjetiva de cuidado, desde la relación dialéctica de la afectación como se ha desarrollado anteriormente. Es decir, el ejercicio del afecto desde la potencia y capacidad de mutua afectación y transformación que produce el encuentro entre trabajadores y usuarios. Y al mismo tiempo, desde el afecto como práctica basada en la ternura, como modalidad de comunicación desde la capacidad empática, buscando generar un clima horizontal, de circulación de la palabra en base al respeto de los procesos contextuales y singulares de cada familia, donde los cuidadores puedan sentirse alojados por el equipo de salud.

Es a través de este ejercicio, que se puede lograr ampliar las redes de sostén para los cuidadores, dinamizando la creación de ambientes protectores para las infancias, con la finalidad de que los niños puedan adquirir las mejores herramientas posibles para la construcción de sus vidas. Los trabajadores de la salud, como actores y actrices estratégicas en los procesos de salud, en miras de expandir la participación activa de la comunidad, se muestran como el nexo dinamizador del intercambio entre las familias y las instituciones, entendiendo a las crianzas como un proceso que necesariamente requiere del sostén de otros. Así como los bebés requieren de un otro que le brinde afecto, ternura, sostén para adquirir todo su potencial, los adultos referentes en la crianza, necesitan del sostén colectivo, de la red para transitar saludablemente ese rol. Es por ello que, para alcanzar un desarrollo óptimo de la responsabilidad cuidadora de las familias, resulta imprescindible tejer redes que trasciendan la mirada de la diada. Se necesita recrear los lazos sociales, expandir la red de apoyo y entender los procesos de crianza como parte de los procesos de salud y de las políticas de cuidado. En este marco, consolidar al equipo de salud como un actor referente de esa red, permite viabilizar la mediatización de la política pública con la singularidad de las crianzas y de esta forma

propiciar la organización de los servicios de salud en torno a las necesidades de la población.

### **c) El equipo de residencia**

En esta travesía para encontrar los territorios fértiles que decodifican la producción subjetiva del cuidado en salud, es necesario hacer una parada final en el aspecto formativo de los trabajadores del sistema de salud. Si entendemos que quienes producen cuidado son justamente las personas en encuentro de mutua afectación, y que a partir de ese cuidado se produce salud; el proceso formativo y de cuidado de quienes ejercen este acto primordial, debe necesariamente brindar insumos para que sus trabajadores puedan intervenir en pos de garantizar el derecho a la salud. En mi transitar por la residencia fue posible detectar aspectos claves para desentramar esta travesía cartográfica.

La residencia de trabajo social se propone como un posgrado en salud de capacitación en servicio, lo que significa que lo formativo y las prácticas se encuentran unidas para lograr el desarrollo de profesionales comprometidos con la salud pública. El Programa Docente de la Residencia de Trabajo Social refiere que *“(...) la perspectiva de derechos humanos constituye un eje vertebrador del quehacer profesional, orientándolo hacia la construcción de propuestas capaces de preservar y efectivizar derechos.”* (2018: 4). Asimismo, dentro de sus propósitos generales, propone que los residentes puedan *“promover y fortalecer desde su práctica procesos de transformación en el campo de la salud, tendientes a favorecer las perspectivas de salud integral, derechos humanos, de género y de interculturalidad.”* (2018: 13). En este marco, las actuaciones profesionales de los residentes, apuntan a incorporar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, transversalmente en sus intervenciones. De esta forma, el marco teórico y posicionamiento ético-político de la Residencia en Trabajo Social de la C.A.B.A, pareciera poseer los insumos necesarios para la producción de estrategias de cuidado hacia la población, pero ¿Es suficiente incorporar teoría sobre los grandes aspectos que componen la salud pública para producir cuidado en nuestras intervenciones? ¿Existen espacios de producción subjetiva de cuidado al interior del grupo de residencia?

Para comenzar a abordar estos interrogantes tomaré el eje de la formación académica, la misma se presenta como la base ético-política que definirá nuestra forma de salir al territorio, de entender el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, como el eje transversal desde el cual será posible tensionar, en la diversidad, el campo de la salud. Son los aportes de cada integrante del grupo, sus formas de ver y actuar, las que permitirán el enriquecimiento de un saber colectivo en torno a las intervenciones en salud. La fuerte impronta de APS en nuestra formación, permite ingresar al campo de la salud con un bagaje que desarrolla nuestra capacidad analítica y el pensamiento crítico reflexivo, lo que nos brinda la oportunidad de encontrar esos intersticios, entre lo que es y lo que debiera ser, para apostar a nuevas formas de acompañar y producir salud.

Sin embargo, en el transitar por la residencia, no sólo ponemos en juego nuestra capacidad analítica y de intervención. Ingresamos a un mundo desconocido para muchas de nosotras, donde nos enfrentamos a situaciones que de alguna manera atraviesan nuestra subjetividad. Trabajamos con personas y sus procesos de salud, lo que implica que la mayoría de nuestras intervenciones serán con sujetos que se encuentran atravesando algún padecimiento físico o subjetivo. El contacto con situaciones complejas donde se entraman el padecimiento singular, la política pública, la falta de recursos, los

determinantes sociales de la salud, la propia sintomatología de una enfermedad, las relaciones de poder en el campo de la salud y, en ocasiones, nuestra propia inexperiencia y atravesamientos personales, requieren de espacios donde lo subjetivo pueda ponerse en palabras y favorecer prácticas de autocuidado que permitan alojar la singularidad en la trama compleja de nuestras intervenciones. En este sentido, los espacios de covisión o supervisión profesional, se muestran como instancias de encuentro entre el grupo de trabajo de la residencia, donde se materializa otro territorio de producción subjetiva de cuidado.

Tomando los aportes de Delville, Polanco, Visintín, Simonotto, Chirino, Cantor y Musacchio (2017), los espacios de covisión o supervisión profesional, parten de reconocer la horizontalidad entre colegas, es decir, entre quienes participan del espacio para reflexionar sobre sus prácticas y quienes acompañan esta reflexión. Las autoras sostienen que, si bien se reconocen roles diferenciales que se despliegan en el espacio de encuentro, podríamos decir, en esos espacios de mutua afectación con la otredad, desde esta forma de entender la covisión, se propone romper con el imaginario que entiende a la supervisión como un dispositivo de control. Este modo de entender la supervisión desde el trabajo social permite habilitar el encuentro entre pares valorizando la construcción colectiva de la reflexión, como sujetos protagonistas de la práctica. Agregan las autoras, que para el desarrollo de la covisión es fundamental la construcción de un vínculo, que apunta a *“(…) favorecer la construcción de nuevas miradas críticas y estratégicas (en primera persona) sobre las prácticas profesionales, con el objetivo de que las mismas sean fortalecidas y puedan desplegarse en su potencia”* (2017: 2)

Es decir, que para que este dispositivo tenga sentido y logre saltos cualitativos en el desarrollo profesional, debemos entregarnos al encuentro y ejercitar la afectación para permitir(nos) incorporar las reflexiones del otre, como sujeto válido para enriquecerme. Seguramente, si logramos poner en práctica esta modalidad, el encuentro producirá una afectación positiva que nos permitirá volver al territorio con intervenciones enriquecidas por el saber colectivo, lo que se traducirá en prácticas que permitan desplegar la potencia del trabajo vivo en pos de garantizar el derecho esencial a la salud de la población.

Para finalizar con este recorrido, considero importante tomar los aportes que el día formativo, un espacio semanal protegido para el desarrollo de las actividades académicas, brinda para la producción subjetiva de cuidado en la residencia. Una de las particularidades que posee este posgrado de capacitación en servicios, son instancias de trabajo conjunto que buscan potenciar la producción de conocimiento colectivo situado. Esto significa, que una vez por semana, la totalidad de los residentes del servicio social de la sede, nos reunimos en el espacio de ateneo para abordar diferentes temáticas relacionadas con nuestras intervenciones profesionales, desarrollar debates en torno a situaciones de intervención, reuniones de equipo, supervisiones grupales y organizar diversas actividades académicas y de producción de conocimiento que exige el programa. Estos encuentros, incorporan la perspectiva de 9 residentes y su jefa, en una zona de múltiples afectaciones. Son espacios donde confluyen tantos territorios existenciales como personas reunidas, tantas otredades y posicionamientos diferentes, que poseen en sí mismos, la oportunidad de ejercitar el miramiento como práctica de autocuidado hacia el interior del equipo. Poder pensar con otros, construir un proceso de trabajo horizontal, encontrar un espacio de encuentro donde sentirse alojados, es parte de ese ejercicio de mirar amorosamente a un otre que es diferente a mí. Sin embargo, esto será posible si

ponemos en práctica la afectación, si nos entregamos al encuentro permitiéndonos ser afectadas por esas otredades, si entendemos que el otro como sujeto tiene el potencial de aportar su singularidad a la trama grupal y enriquecerme. En este sentido, las instancias de producción grupal permiten desarrollar esa compleja competencia que requiere la producción subjetiva de cuidado: el reconocer al otro como sujeto de derechos, desde la construcción de un lazo social tierno, en miras de aportar al desarrollo de procesos de trabajo que permitan la producción de salud y de cuidado necesarias para formar profesionales comprometidos con la salud pública y los derechos de la población.

### **Reflexiones finales**

El cuidado actualmente se presenta como un tema relevante en la agenda pública nacional e internacional, sin embargo, en el campo de la salud, se encuentra tensionado en la arena de disputas de sentidos por diversos actores de poder. En este marco, las prácticas cotidianas de sus trabajadores se muestran como el insumo preferencial para analizar cómo se produce cuidado en los procesos de salud a fin de disputar el sentido profundo y complejo de la producción de salud y el ejercicio de derechos.

Actualmente, el cuidado es considerado una condición humana fundamental, es en la red de cuidados donde desarrollamos nuestras capacidades, donde la vulnerabilidad y la interdependencia se muestran como paradigma esencial para la reproducción de la vida.

Es por ello que podemos sostener que necesitamos de otros para sobrevivir, desarrollarnos y sostener nuestro proceso singular, complejo e integral de salud. Es en la sinergia y en la relación dialéctica entre cuidado y salud, donde se encuentra el potencial transformador de la producción colectiva de salud.

En este sentido, la categoría emergente de cuidado en acto, originada a partir del análisis de las prácticas cotidianas de trabajadores de la salud, y desarrollada a la luz de la formación aprehendida en el transitar por la residencia, permiten abrir una posibilidad para pensar la producción subjetiva de cuidado en salud. Por un lado, como modo de intervención en el encuentro con otros y al mismo tiempo, como una forma de construcción colectiva que permita integrar en las prácticas la mirada situada de la población, a fin de tensionar los modos de organización y funcionamiento de los servicios. Es de este modo, que, apostando a incorporar el miramiento y la ternura como formas de intervención en el encuentro, y el reconocimiento de la presencia del otro como semejante, como sujeto de derechos, que abriremos la posibilidad de vehicular la potencia de la afectación en el trabajo vivo, para generar nuevas formas de producir salud.

En este marco, el proceso de trabajo grupal de la residencia de trabajo social, como instancia formativa del sistema de salud, posee el potencial para la formación de trabajadores comprometidos con la salud pública y sus prácticas, al brindar espacios que permiten la incorporación de un marco teórico sólido que favorece la reflexión crítica del campo de la salud, y el alojamiento de la dimensión subjetiva como instancia indisoluble de la formación. Los espacios de co-visión y producción colectiva, posibilitan ejercitar el sentido profundo del cuidado en acto, permitiendo el desarrollo de profesionales, con una mirada enfocada en el movimiento y en la búsqueda de esos intersticios entre la

teoría y la realidad territorial, que permitan favorecer el ejercicio de derechos de la población.

Sin embargo, el desarrollo de este proceso de reflexión no pretende una valoración categórica de verdad, la producción de este trabajo tuvo el anhelo de presentar un modo de pensar a la salud, nutrido de la reflexión colectiva con diversos actores en múltiples escenarios de la residencia, como una manera de regresar el foco a la humanidad de nuestras prácticas para la producción de salud.

*...Y es que somos humanos porque recibimos cuidados, somos humanos porque decidimos cuidar.*

## **Bibliografía**

- AGUIRRE, E. (2000) *Socialización y prácticas de crianza. En Socialización: Prácticas de Crianza y cuidado de la salud.* Aguirre, E. & Durán, E. (Ed). Bogotá, D. C. Ed. CES - Universidad Nacional de Colombia.
- ALADRO, D. (2020) *Cuidar, cuidado... ¡Cuidado! Reflexiones en torno a la producción subjetiva del cuidado en Atención Primaria de la Salud.* Trabajo final del segundo nivel de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. C.A.B.A.
- BAJARLÍA, BALENZANO, CUCUT, DIAZ COLODRERO, DOIZ, FIDALGO, MAIOLA, POMBO, RODRIGUEZ, SPATARO Y VITALE (2018) *Programa Docente De La Residencia De Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Ministerio de Salud. C.A.B.A
- BENET, M., MERHY, E. E.y PLA, M. (2016) *Devenir cartógrafa.* Athenea Digital, 16(3), 229-243.
- BERTI, A. Y BOTTARO, M. (2020) *Programa Local De La Residencia De Trabajo Social Caba-Sede Santojanni.* C.A.B.A
- CEMINARI Y STOLKINER (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.
- CHADI, M. (2000). *Redes sociales en el Trabajo Social.* Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Chardón MC, Scarímbolo G (2011). En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones. En: Blasco M. et.al. Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- COVAS, S., MARAVALL, J., & BONINO, L. (2009) *Los hombres y el cuidado de la salud.* Informe elaborado para el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.
- DELVILLE, POLANCO, VISINTÍN, SIMONOTTO, CHIRINO, CANTOR Y MUSACCHIO (2017). *La supervisión o la co- visión como proceso de democratización y socialización del saber en el análisis de la intervención profesional del Trabajo Social.* Disponible en: <https://cptsse.files.wordpress.com/2017/11/la-supervisic3b3n-o-la-co-visc3b3n-ent-3b3n.pdf>
- ESCALLÓN C. (2000) *Crianza humanizada: puericultura el arte de la crianza.* Medellín: Universidad de Antioquia; p. 74-145.

- EVANS, J.L. Y MYERS, R. G. (1994) *Prácticas de Crianza: Creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran*. Universidad del Valle, Escuela de Psicología. <http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/recursos/Pr%E1cticas%20de%20crianza.pdf>
- FRANCO, T. & MERHY, E. (2011) *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. Salud Colectiva. Buenos Aires, 7(1), 9–20.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G. Y TORRES, R. (2005) *Políticas de Salud*. Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5. Buenos Aires, 1° Edición.
- GUATTARI, F., & ROLNIK, S. (2006) *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños. Disponible en: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Micropol%C3%ADtica-TdS.pdf>
- HELLER, A. (2011) *On the concept of care*. En Pinheiro R, Gomes da Silva A. ciudadanía no cuidado. O Universal e o común na integridades das acções de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC.
- KRMPOTIC, C. S. (2016) *El cuidado como objeto de políticas sociales. Su actual problematización en el contexto latinoamericano*. *Sociedade em Debate*, 22(1), 201-221.
- LÓPEZ, S., & MICHELLI, V. (2016) *Las políticas de cuidado en salud en el marco de la nueva protección social*. In III Foro Latinoamericano de Trabajo Social (La Plata, Argentina, 2016).
- LÓPEZ, E. (2016) *Un mundo abierto. Cultura y primera infancia*. Colombia: Ed. Cerlac.
- MICHALEWICZ, A., PIERRI, C., & ARDILA-GÓMEZ, S. (2014) *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. *Anuario de investigaciones*, 21, 217-224.
- OMS (2007). *Cuidados paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos*. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas eficaces. Módulo 5, II Serie. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf)
- PÉREZ OROZCO, A. (2006). *Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y reorganización del sistema económico*. En *Revista de Economía Crítica* N°5
- STOLKINER, A., & ARDILA GÓMEZ, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(10), 57-67.
- TEJADA RIVERO, D. (2003). *Alma-Ata: 25 años después*. *Revista Perspectivas de Salud*, 8(1).
- TRIPODORO, V. (2013). *El derecho a los cuidados paliativos: el día en que la muerte decidió volver...* *Medicina*. Buenos Aires, 73(6), 601-604. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317537481\\_El\\_derecho\\_a\\_los\\_cuidados\\_paliativos\\_o\\_el\\_dia\\_en\\_que\\_la\\_muerte\\_decidio\\_volver](https://www.researchgate.net/publication/317537481_El_derecho_a_los_cuidados_paliativos_o_el_dia_en_que_la_muerte_decidio_volver)
- TRIPODORO, V., VELOSO, V., LLANOS, V. (2015) *Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en Cuidados paliativos*. Argumentos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
- ULLOA, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Buenos Aires. Ed. Paidós.