

## Experiencias del rol de mujeres cuidadoras en contexto de pandemia

---

Quiroga, Abigail<sup>1</sup>

Rovere, Julia

Leyva, Paula

*Fecha de recepción: 02/09/2022*

*Fecha de aprobación: 27/04/2023*

### Resumen

En este artículo se abordan las categorías de cuidado y feminización del cuidado. Analizamos tres situaciones reflexionando sobre los padecimientos subjetivos de estas mujeres que acompañan procesos de salud-enfermedad-cuidado de alguene familiar, el rol que ocupan dentro del efector de salud y cómo en ellas descansa el sistema de salud, enmarcado en el contexto de pandemia COVID-19.

**Palabras claves:** COVID19-CUIDADO- FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO- PADECIMIENTO SUBJETIVO - ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### Abstract

This article addresses the categories of care and feminization of care. We analyze three situations reflecting on the subjective suffering of these women who accompany processes of health-disease- care- care- of a family member, the role they occupy within the health effector and how the health system rests on them, framed in the context of pandemic COVID-19.

**Key words:** COVID-19- FEMINIZATION OF CARE- SUBJECTIVE SUFFERING– STRATEGIES TO INTERVENTION

---

<sup>1</sup> Licenciadas en Trabajo Social. Residentes de Trabajo Social en el Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: quirogaabi@gmail.com

## Introducción

En el presente trabajo describiremos tres situaciones en las cuales hemos intervenido profesionalmente durante nuestra rotación por un hospital de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, en las salas de Obstetricia y Adolescencia y en el programa de Tuberculosis (TBC), a fin de profundizar y problematizar el rol de mujeres cuidadoras en contexto de pandemia.

Este trabajo se desarrollará bajo la modalidad de ensayo a partir del relato de experiencias permitiendo la reflexión sobre algunas cuestiones naturalizadas, enraizadas e instituidas tanto en nuestra sociedad como en las instituciones que la conforman. El análisis de la propia intervención nos permitirá repensar y cuestionar prácticas, situaciones cotidianas y arraigadas, como así también generar nuevas preguntas y cuestionamientos que nos permitan tanto la apertura al intercambio como a la autorreflexión de la intervención profesional.

A fin de lograr el objetivo del presente ensayo en una primera instancia se dará cuenta del marco teórico a utilizar desglosado en categorías conceptuales de análisis tales como cuidado, feminización del cuidado, contexto COVID-19, padecimientos subjetivos e interseccionalidad, entre otras.

Una vez definido y establecido el marco teórico sobre el cual nos vamos a posicionar a lo largo del ensayo, describiremos tres situaciones en las cuales intervenimos profesionalmente, donde se podrá observar el rol de las mujeres como cuidadoras de bebés, adolescentes y adultos. Intentaremos que tal descripción sea lo más exhaustiva y completa posible para que sea de fácil comprensión.

Finalmente, con las categorías conceptuales definidas y los relatos de experiencias descritos, procederemos a realizar el análisis de las situaciones desde nuestras incumbencias profesionales, personales y teóricas.

Por último, daremos lugar a las reflexiones finales donde quedarán reflejadas las preguntas que nos surgieron y que darán lugar a un posible intercambio posterior.

## Categorías conceptuales

El presente trabajo tiene por objeto visibilizar y problematizar la inequidad de género en la distribución de las tareas de cuidado, donde es la mujer quien ejerce principalmente esta actividad tanto en la vida privada como dentro del sistema del cuidado de la salud. Entendemos que el cuidar es un acto propio de la vida y también el resultado de una construcción social donde *“las lógicas del cuidado responden a patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y entre clases sociales”* (Esquivel, Faur y Jelin, 2012:7).

De esta forma, consideramos necesario retomar a De Ieso (2010), quien sostiene que el **cuidado** *“supone una relación entre el que brinda el cuidado y el que lo recibe, consolidando un esquema de obligaciones mutuas basado en la reciprocidad. Al no ser resultado de una obligación jurídica o contractual, se basa en lo relacional (...)”*. Por lo tanto, el vínculo de cuidado establece y visibiliza la importancia de lo relacional en los procesos de salud/enfermedad/atención.

Dentro de esta trilogía conceptual, es importante resaltar el señalamiento de Tejada de Rivero citado por Michalewicz quien afirma que en la declaración de Alma Ata, la traducción literal del vocablo “care” es “cuidado”. Esto hace que este proceso asuma una significancia diferente donde *“el cuidado denota relaciones horizontales, simétricas*

*y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social.*" (Tejada de Rivero, 2003: 5). Se trata de diferenciar el cuidado que se brinda como construcción de un proceso de salud- enfermedad –cuidado en conjunto con las personas que necesitan ser asistidas, en contraposición a la atención de un usuario con una problemática de salud en la cual no se espera de la persona asistida su participación ni se lo ve con igualdad de condiciones para dar cuenta de su situación sanitaria.

Para profundizar en la cuestión del **cuidado** retomamos los aportes de Vaquiro y Stiepovich (2010) quienes establecen que

el cuidado informal se ha definido como los cuidados proporcionados por familia, amigos, vecinos u otras personas al interior del hogar en un mundo privado, a personas ancianas, enfermas y dependientes; fundamentadas en relaciones afectivas, de parentesco "asuntos familiares" y de "género", rasgos que caracterizan y afectan su visibilidad y reconocimiento social (Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010: 11)

El cuidado es algo inherente a toda cultura humana y es la mujer a lo largo de la historia la responsable del mismo en los procesos de salud y enfermedad. Se presenta de esta forma una distribución inequitativa del papel de cuidadores entre mujeres y hombres, generando una **feminización del cuidado**

donde el perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidadora principal es el de una mujer sin empleo, de menos nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo y quien convive con la persona que cuida, ejerce actividades de prevención como de cuidado respecto a la salud familiar y no sólo cuida, sino que apoya y ayuda a otras mujeres en el cuidado (Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010: 11)

En esta **feminización del cuidado** las mujeres asumen el rol de **cuidadoras** *"como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, definido como responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorada, ni remunerada"* (Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010: 11). Es decir que las mujeres asumen la tarea del cuidado como una responsabilidad impuesta por el género, donde son social y moralmente sancionadas si no cumplen con este cuidado.

El rol de cuidadoras de las mujeres en calidad de esposas, hijas o madres, encuentra su origen y su perpetuación en la división sexual del trabajo *"cuya organización está centrada en diferencias de género; rol reproductivo de la mujer basado en relaciones del afecto y actividades domésticas, dentro de la estructura familiar y rol productivo en el hombre y hegemónico en la dinámica económica familia"* (Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010: 11) En este rol de cuidadoras son las mujeres quienes se responsabilizan por la salud de quienes cuidan y atraviesan junto con estas personas los procesos de salud/enfermedad/cuidado.

En este sentido Esquivel, Faur y Jelin (2012) expresan que existe un patrón social basado en la división sexual del trabajo: sea en el hogar o fuera de él, sea sin remuneración o con ella, se espera que sean las mujeres las que se dediquen y se

responsabilicen por las tareas del cuidado, lo cual implica una desigualdad importante entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades, actividades, logros y reconocimientos.

Asimismo, estas desigualdades de género se encuentran atravesadas por otras inequidades: socioeconómicas, étnicas, etc., que afectan de forma particular a las mujeres más pobres. Para profundizar este planteo sumamos la categoría de **interseccionalidad entendida** como un concepto o denuncia que comprende la opresión de género como proceso social constituido en articulación indisoluble con otros vertebradores de desigualdad, sustancialmente la clase social y la raza/etnia. También en algunas perspectivas se incluyen otros estratificadores sociales como el estatus migratorio, la discapacidad o la religión. La literatura sobre interseccionalidad discute además los modos en que estas categorías de dominación se vinculan, producen y reproducen (Pombo, 2019).

Por lo tanto, según la autora la interseccionalidad da cuenta de

las interrelaciones entre variados estructuradores sociales que delimitan privilegios y subalternidades en contextos situados. En esta línea, permite entender las causas profundas de la desigualdad y sus intersecciones, y por ello arroja claves para intervenir sobre la realidad de un modo políticamente complejo e integral (Pombo, 2019: 146).

A partir de estas categorías podríamos repensar como en la cotidianidad de las mujeres cuidadoras resulta de vital importancia proponer políticas que, situadas en su situación singular, modifiquen la organización y estructura de las desigualdades sociales a través de la cuestión de la distribución social de las responsabilidades del cuidado, lo cual implica un compromiso ético, político y social.

En este cuidado en cuestiones de salud, se genera un valioso pero invisible aporte que realizan las mujeres dentro del sistema de salud al ser intermediarias entre las personas que se encuentran atravesando una enfermedad y los sistemas sanitarios. Este cuidado solo se hace visible paradójicamente cuando no es asumido por quienes se esperan sean quienes lo lleven adelante. De esta forma entendemos que la mujer *“cuidadora por excelencia, aporta un invisible, importante e invalorado rol como agente de salud, como cuidadora informal para su familia y para la sociedad, es ella quien toma decisiones relacionadas con el cuidado y asume además multiplicidad de roles”* (Vaquiro Rodríguez y Stieповich Bertoni, 2010: 12). En este sentido, las cuidadoras que se hacen responsables de los pacientes están dispuestas a *“tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”* (Rossi Díaz-Benítez & Rodríguez Martínez, 2014: 7), generando una carga adicional, donde no sólo es ser responsable del cuidado sino además de las decisiones necesarias para que ese cuidado se garantice.

Frente a estas cuestiones, decidimos trabajar la categoría conceptual de padecimiento subjetivo y para ello tomamos a Carballada quien la define y contextualiza en la crisis de 2001, dado que los cambios socioeconómicos de la sociedad se introyectaban en la historia particular de cada persona. Por lo tanto, estos cambios sociales generan nuevas demandas y a su vez se manifiestan en padecimientos que afectan la salud mental; afirmando que las nuevas demandas relacionadas a la salud mental son comprendidas como padecimientos subjetivos (Carballada, 2004).

Continuando con esta afirmación, la sociedad actualmente se ha visto modificada y estos padecimientos se resignifican con el contexto COVID-19, tal como señala Bang

El impacto subjetivo de las medidas de distanciamiento social, el significativo empobrecimiento de gran parte de la población, la agudización de situaciones problemáticas previas, las convivencias conflictivas o violentas, el miedo al contagio, los procesos segregativos y de estigmatización hacia personas que transitan o han transitado la enfermedad son sólo algunas de las dimensiones que han incidido en la producción de padecimiento subjetivo. La incertidumbre como denominador común (...) (Bang 2020: 12).

Al contextualizarnos en el periodo de 2020/21 donde se declaró una **pandemia y emergencia sanitaria** por el virus SARS- COVID19<sup>2</sup> entendemos que las tareas de cuidado asignadas a las mujeres se complejizaron a raíz de las modificaciones que se dieron en la vida diaria profundizando la lógica social del cuidado.

Esto produjo cambios con la declaración del ASPO/DISPO<sup>3</sup> en la relación de las personas, como el distanciamiento social, el uso de barbijos, el contacto físico. Lo que generó cambios en todas las esferas de la vida diaria y también en el sistema de salud. Específicamente en el Hospital de agudos, trajo modificaciones con nuevas normativas que se deben respetar. Por un lado, el ingreso es limitado, necesitando pasar por un triage<sup>4</sup> y el uso de barbijos/tapabocas obligatorio. Por otro lado, se redujeron los turnos en el día y desde algunos servicios el acceso al turno médico es a través de la virtualidad, difundiendo el llamado a la línea 147 para realizar video consultas.

Dentro de las salas de internación, las visitas son restringidas a cierta cantidad de personas, habiendo menos circulación de personas, reduciendo a las personas que cuidan al menor número posible. El contacto físico entre la persona que está recibiendo tratamiento y la persona que lo cuida debe ser lo mínimo posible. Ya que no pueden besarse, abrazarse, reduciendo las demostraciones de cariño.

Si bien es cierto que el virus SARS – COVID-19 ha afectado a diversas poblaciones en todo el mundo, de edades, culturas y contextos distintos, también nos resulta menester aclarar que las condiciones socioeconómicas influyen favorable o desfavorablemente en las formas en las que se transcurre la infección.

Hay estudios que muestran cómo el *“mito conveniente según el cual las enfermedades contagiosas no reconocen clases ni otras barreras o límites sociales”* (Harvey, 2020: 6) sólo tiene una parte de verdad. Por un lado, es notorio que esta pandemia ha modificado la vida cotidiana de las personas en general, por otro lado, existen ciertas particularidades de acceso a la salud integral que muestran sus variaciones. El autor Harvey, suma a esta reflexión que *“las repercusiones económicas y demográficas de la difusión del virus dependen de grietas y vulnerabilidades en el modelo*

---

<sup>2</sup> Declaración de la WHO del COVID\_19 como pandemia

<sup>3</sup> Que por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260/2020 se amplió la emergencia pública en materia sanitaria con motivo de la pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con el nuevo coronavirus COVID-19 por el plazo de UN (1) año desde la entrada en vigencia de dicho decreto, el cual fue prorrogado por el Decreto N° 167/2021 hasta el día 31 de diciembre de 2021.

<sup>4</sup> El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico. Tiene como finalidad identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución.

*económico hegemónico*” (Harvey, 2020: 3). Es decir, existen repercusiones y efectos que se dan de forma diferencial en las distintas sociedades y clases. Estas diferencias se ven por ejemplo en aquellas clases sociales a las cuáles se les dificulta el acceso al agua corriente o al alcohol para higienizarse las manos, así como el uso de lavandina para desinfectar los objetos. También en las poblaciones que sólo pueden utilizar los medios de transporte públicos para trasladarse, con escasa ventilación y distanciamiento social. Lo que disminuye las posibilidades de prevención de la transmisión y circulación del COVID-19.

La cuidadora se ve atravesada por todos estos cambios y el rol que debe ejercer modifica su vida, por lo que debe hacer una serie de adaptaciones. Por un lado, las modificaciones correspondientes al rol de cuidar en la enfermedad y por otro las implicadas al COVID-19, respetando las normas establecidas dentro del efector de salud como en la sociedad toda. Dichos cambios para los cuidadores implican modificaciones en sus horarios laborales y en la estadía dentro del hospital, en la reorganización de la economía doméstica, por los gastos en salud, medicamentos, elementos de higiene y cuidado, etc. También el acceso a prestaciones conlleva un aprendizaje por parte de las cuidadoras, según el Manual de cuidados paliativos para cuidadores, está relacionado a *“gestionar el acceso a los medicamentos, tratamientos y elementos para la asistencia. Es por eso que los cuidadores deben disponer de tiempo y ayuda para realizar los trámites necesarios.”* (Biondi y otros, 2019:151). Por otro lado, ellas debieron aprender a ayudar a las personas a las que cuidan a realizar actividades como levantarse, acostarse, higienizarse, a administrar medicación, preparar comidas, realizar curaciones (Biondi y otros, 2019) Estas experiencias hospitalarias no solo se ven reflejadas en la persona que recibe la atención, sino que también se introyecta en la vida de quienes les cuidan. De esta manera podemos decir, según la mirada paliativista, que *“el paciente y su familia componen una unidad de tratamiento (UT) con necesidades específicas que requieren evaluación y tratamiento”* (Wenk y otros, 2019:6) Por lo tanto la intervención profesional es con la unidad de tratamiento, abordando sus demandas y construyendo estrategias en conjunto.

Ante lo expuesto nos resulta fundamental reflexionar acerca de nuestras intervenciones profesionales teniendo como premisa que, como indica Mallardi (2013) la población usuaria tiene capacidad de presión e incidencia que conduce a la definición de la intervención profesional. Ello implica recuperar los aspectos subjetivos que posibilitan identificar el posicionamiento del sujeto frente a la situación vivida y el valor que le dan a esta en su vida diaria, para pensar con las mujeres cuidadoras posibles estrategias e intervenciones que de alguna manera las cuiden a ellas en sus procesos personales.

### **Relato de experiencias: Mujeres al cuidado de bebés, adolescentes y adultes**

En este apartado compartiremos tres situaciones que acompañamos durante nuestra rotación en el hospital, la primera desde la sala de Obstetricia y tanto la segunda y tercera desde Clínica médica, siendo una desde el Programa de Adolescencia y TBC y la otra desde el Programa de TBC. A partir de ellas deseamos observar el rol de las mujeres como cuidadoras y las distintas intervenciones profesionales.

Para dicha exposición se resguardarán los datos que acrediten la identidad de las personas expuestas, a fin de cumplir con el artículo segundo de la ley 26529 Derechos

del paciente, historia clínica y consentimiento informado; acerca de la confidencialidad a la que tiene derecho toda persona, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente (Ley 26.529, 2009).

### **Situación 1**

Desde la sala de obstetricia se articula con el Servicio Social del hospital cuando observan en las personas gestantes diversas necesidades o dificultades personales y/o familiares, cuando notan alguna irregularidad en los controles previos al momento de parto/nacimiento de le bebé o posterior a ello y ante la demanda de las mismas. De esta manera, entre las tantas situaciones que se acompañaron desde octubre del año 2020, en el mes de mayo del corriente año se recibe una interconsulta por una mujer puérpera (“M”) con diagnóstico de esquizofrenia desde los 15 años de edad.

Ante la intervención, se toma conocimiento que la pareja de la misma (P) y padre de le recién nace, tendría el mismo diagnóstico de salud mental. Ambos no se encontraban realizando tratamiento. Como única red social cuentan con la familia materna y en ella, como principal sostén a la abuela materna (A), quien es la responsable del cuidado y crianza de una nieta de seis años de edad, de la misma pareja.

A raíz de acciones impulsivas por parte de los progenitores de le bebé, ante la ausencia de tratamiento de ambas y la falta de aceptación de ciertas indicaciones médicas de M, que refirieron desde el equipo médico de la sala de obstetricia; se dispuso que M debía estar siempre acompañada por un familiar para contenerla. Esta medida fue tomada como excepción ya que las medidas de prevención por el COVID-19 no permitían acompañante en sala. En este caso la que se presentó para acompañar a su hija en el hospital durante la internación fue A, ausentándose sólo en algunas oportunidades que manifestó necesitaba ir a cuidar a su nieta de seis años.

Por otro lado, supimos que también es A la encargada del tratamiento de M. Es decir, la que retira la medicación psiquiátrica que M se niega a tomar, situación que A refirió que la preocupaba y cansaba porque no sabía qué otras acciones hacer para que su hija acceda a cumplir con su tratamiento. Desde el servicio social se procedió a articular con el equipo de salud mental del hospital para lograr la adhesión al tratamiento al encontrarse en el mismo establecimiento pero no se logró ya que M y P no se presentaron al turno que se les había conseguido luego de la externación de M. A su vez A ha referido que la pandemia y las restricciones hicieron que durante meses no pudiera retirar la medicación de M por no saber cómo sacar el permiso de circulación o tener miedo al contagio cada vez que debía acercarse al hospital psiquiátrico.

El equipo del Servicio Social que trabaja en Obstetricia, luego de conocer con más detalle la situación de la familia, dio intervención al Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA) por medio de un informe de situación con el fin de definir modalidades de egreso de le bebé.

Durante el proceso de conocimiento de la situación, en la cual se buscaba definir quiénes serían los adultos referentes que iban a quedar al cuidado de le recién nace, A ha nombrado a una hija (T), tía del bebé quien podría cooperar con el cuidado de le niño. Aunque esto se podía dar solo en ocasiones, ya que T tiene 4 hijos que también están sólo a su cuidado, aparte de que refiere trabajar largas jornadas. Por otro lado, se referencia al abuelo materno (R), quien apoyaba la decisión de A de asumir la responsabilidad del cuidado y crianza de este bebé y quien, en una oportunidad, ha

manifestado “que en caso de ser necesario se iba acercar a hablar con el CDNNyA”. A argumentaba que R no podía acercarse al hospital porque se encontraba siempre trabajando.

Mientras acompañamos a esta familia y realizamos el seguimiento de la decisión ante la intervención del CDNNyA se han realizado entrevistas, informes e intercambios para que se den las garantías de que le bebé estuviera cuidado. En todo el proceso la única que se ha hecho presente en el servicio social del hospital es la señora mencionada, A. Con ella trabajamos en las posibilidades de recibir a le nueve integrante familiar en su hogar. También la acompañamos y asesoramos en las diligencias que tenía que hacer con el CDNNyA e hicimos de intermediarias en la comunicación ya que a veces la señora manifestaba no saber cómo continuar o no comprender las indicaciones que desde este organismo se le brindaban. Por otro lado, la mujer manifestaba miedo de la reacción de su hija y yerno, si se enteraban que ella estaba proponiéndose para asumir la responsabilidad de cuidar a le bebé. Al respecto se la contuvo y dio aviso al organismo de protección a fin de establecer estrategias que permitieran que el proceso de decisión en cuanto al cuidado de le bebé y su pronto egreso del hospital se diera en condiciones de calma y seguridad. Sobre todo, ante los antecedentes que desde el equipo médico habían relatado sobre M y P y sus episodios agresivos hacia ellos. Ante este panorama desde el Servicio Social se pidió que desde el CDNNyA se comunicarán con M y P para explicar el procedimiento y luego la resolución.

Finalmente, desde el CDNNyA se procede a destinar la guarda de le bebé recién nace a la abuela materna, a fin de garantizar los cuidados básicos de le mismo y que viva con su hermano mayor de seis años.

## **Situación 2**

Desde la rotación por el programa de Tuberculosis y la sala de Adolescencia se tomó intervención en la situación de un joven de 16 años quien fue internado por Tuberculosis.

El joven G ingresa a la guardia del Hospital de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, el día 16 de marzo del corriente año y desde el Servicio Social se recibe interconsulta del servicio de Clínica Médica con motivo de vulnerabilidad social.

El joven es diagnosticado con tuberculosis, teniendo que ser intervenido quirúrgicamente por la gravedad del cuadro. G permanece internado en sala de Clínica Médica realizando el tratamiento por Tuberculosis y los controles pertinentes. Al tomar conocimiento de la situación desde el equipo del Servicio Social se comienza a intervenir y se indaga sobre su situación familiar y escolar.

En relación a la situación familiar, G convive con su madre O y 5 de sus hermanos, en Isidro Casanova. Entre sus hermanos se encuentra B, su hermana de 20 años y su pareja, quienes tienen dos hijos con un embarazo en curso.

Por su parte, su padre JL vive en Villa Celina con su actual pareja J y su hijo D. Se indaga con G sobre el vínculo con su padre y refiere que hace poco tiempo tiene buena relación con él, dado que retomaron contacto hace aproximadamente 6 años, luego de haber dejado el hogar tras su separación con O.

De las entrevistas surge que su hermana B colabora con el cuidado de los hermanos menores durante la internación del joven, dado que su madre permanece la mayor parte del tiempo acompañando a G en su estadía en el hospital. Este cuidado hospitalario en



un primer momento se encuentra distribuido entre la madre O y B, con presencia esporádica y ocasional del padre JL. Esta situación del cuidado genera incertidumbre en O dado que le preocupa que todos sus hijos se encuentren bien cuidados y se angustia ante la imposibilidad de estar en dos lados distintos, es decir, en el hospital cuidando a G y en la casa cuidando a sus demás hijos. Refiere no saber cómo hacer y se muestra preocupada y angustiada al expresar estas cuestiones entre lágrimas. Se toman estos sentimientos y se trabaja sobre la posibilidad de repartir las tareas de cuidado con otras personas para que ella pueda no sólo cuidar a sus hijos sino también poder descansar de estas tareas que requieren mucha energía.

En el mes de marzo del 2021, G refiere haber ido a vivir a la casa de su padre, donde volvió a manifestar síntomas y fue acompañado a la guardia de este efector por su padre y la pareja del mismo, quedando internado con diagnóstico de neumotórax por Tuberculosis. Al ingresar al hospital quedó internado siendo J, la pareja del padre de G, quien lo acompañó en los primeros días de internación hasta que O pudo hacerse presente.

De las observaciones de los médicos de Clínica Médica se desprende que, durante el acompañamiento del padre, el joven se angustiaría, ya que este se muestra disconforme con el tiempo de internación y las indicaciones médicas. Refiere querer retirarlo del hospital con el alta voluntario. A raíz de su diagnóstico, el joven debe realizar un tratamiento farmacológico continuo, prolongado y sin interrupciones. La señora O se entera de la angustia de su hijo por la presencia de su padre y nos solicita ayuda para ver cómo puede manejar esta situación dado que precisa de la presencia del mismo para ella poder encargarse de sus cosas, pero no quiere que G se angustie y la pase mal. Se conversa sobre la responsabilidad compartida de O y JL dado que ambos son sus padres y tienen las mismas obligaciones y derechos, pero que quizás en este momento sería pertinente conversar con G y ver qué es lo que él desea, dado que es quien se encuentra atravesando una enfermedad y en quien deberían centrarse los cuidados.

Se consulta a O por sus otros hijos y refiere que están viviendo en Isidro Casanova al cuidado de su hija B, pero que en los próximos días irían a vivir a la casa de su actual pareja, padre de dos de sus hijos menores, dado que B no puede seguir sosteniendo el cuidado en forma permanente.

De las intervenciones y observaciones durante el período de internación de G se desprende que la principal cuidadora del joven fue O su madre permaneciendo en internación con G de domingo a viernes, alternándose los fines de semana con el padre JL y la hermana B. Luego de unas semanas B se entera que está embarazada y dada la pandemia de COVID-19, los médicos deciden que lo mejor sería que no permanezca en las instalaciones hospitalarias. Frente a esto, O intenta negociar con el padre de G la distribución del cuidado del joven estableciendo que sea él quien se quede los fines de semana para ella poder estar con sus otros hijos.

Durante el acompañamiento del Servicio Social a O en la internación manifiesta sentirse cansada y desbordada por la situación, por no poder estar presente para sus otros hijos y tener que recurrir a su hija B para que la “reemplace” en el cuidado de los mismos. A su vez nos transmite la dificultad de que JL respete los acuerdos alcanzados y como esto no le permite organizarse y planificar sus actividades. Dentro de esta organización de actividades, cabe mencionar que al tener un diagnóstico de TBC todos los miembros del grupo familiar conviviente debieron realizarse estudios de contacto.

La realización de dichos estudios se vio dificultada por no contar con la presencia de O en el hogar, teniendo que recurrir nuevamente a su hija B para poder ella sostener el cuidado hospitalario de G. Esto también ocasionaba que la atención de salud de O sea postergada en diversas ocasiones, priorizando el cuidado de sus hijos, accediendo tardíamente a los estudios de contacto para ella.

### **Situación 3**

En otra situación que se acompañó desde la internación de adultos, fue la de un hombre 71 años, GM que ingresa al efector de salud en el mes de octubre de 2020. Dicha internación fue acompañada por su esposa FH. Desde internación de clínica médica se realizó interconsulta en febrero de 2021 por pedido de corset (material ortopédico) para GM por dificultades para movilizarse. Se entrevistó a FH para la gestión del mismo.

Sin embargo, en marzo 2021 se acerca nuevamente al servicio social ya que GM comienza tratamiento de TBC y es necesario realizarle los estudios de contacto y la orientación correspondiente sobre la enfermedad a FH. Ella manifiesta su inquietud respecto a la duración de la internación de GM, porque comienza a verlo desmejorado. Desde clínica médica le informan que deben realizarle estudios en la columna vertebral para evaluar una posible cirugía. Ella adjudica dicho cuadro a una caída que tuvo dentro del hospital. Se le solicitó que en cuanto tenga los resultados de sus estudios se acerque nuevamente.

En la siguiente entrevista FH muestra preocupación debido a que su esposo no puede movilizarse y al estar en la misma posición se le formaron escaras. Manifiesta que compra cremas para curarlas, pero que son muy caras. Ella se encuentra trabajando haciendo changas de costura, pero que no tiene mucho tiempo para trabajar porque asiste todos los días para cuidar a GM. No posee red de sostén familiar ni cuenta con alguien que la acompañe en el cuidado, ni que le colabore en lo económico. Describe su día en el hospital, sale de su casa y se acerca al efector para desayunar juntas, se retira a trabajar y luego vuelve a la hora del almuerzo, vuelve al trabajo y nuevamente se acerca a la hora de la cena, ya que es ella quien lo alimenta. A su vez al verlo en la misma posición es ella quien lo rota en la cama y lo acomoda en diferentes posiciones.

Respecto a sus estudios, consultó con neumonología. En ella manifestó dolor en todo su cuerpo, siente que se le adormecen las manos. Se le solicita Rx de hombro, columna y cervical, expresa que realiza muchos esfuerzos para mover a GM.

GM es diagnosticado con TBC miliar, y a su vez ha sufrido múltiples interurrencias infecciosas, por lo que ha perdido la movilidad, la TBC ha afectado sus huesos por lo que no podrá movilizarse nuevamente.

FH se muestra angustiada sobre la situación, se acerca al servicio social y expresa no entender porque continúa internado su esposo, que cuando se presenta a los partes médicos no comprende cuál es su diagnóstico actual, y pregunta si su alta está próxima que desea poder llevarlo a su hogar, porque siente que en el hospital se está deteriorando. Se aborda su angustia ante la incertidumbre sobre el diagnóstico de GM. Por lo tanto, se acuerda con ella acompañarla a recibir el próximo parte.

Se le solicita al médico tratante que le comunique el cuadro de salud a FH de manera clara, se acompaña a FH y se la contiene tras la información recibida; se la invita a repreguntar ante las dudas que pudieran surgirle. Tras la explicación comprende que la

situación de GM es irreversible y que su actual estado de salud es delicado para poder egresarlo a su hogar sin los elementos correspondientes para su cuidado.

En conjunto con FH se empieza a gestionar el egreso de GM. Tras una nueva entrevista se acuerda el egreso a su hogar, ella manifiesta querer cuidarlo pero que necesitará asistencia porque también debe ausentarse para trabajar y no cuenta con una red familiar que la acompañe con su cuidado. Se inicia la gestión con PAMI realizando el trámite correspondiente para su afiliación, solicitando los elementos necesarios para una internación en domicilio según lo acordado; pero tal gestión no llega a buen término debido a que la prestación de PAMI no incluye los elementos solicitados. A medida que se realizaba tal gestión, el cuadro de GM se agravó, al quedar dicha gestión sin efecto se conversa con FH la imposibilidad de poder realizar una internación domiciliaria y la posibilidad de egresar a GM a un tercer nivel. FH acuerda y se comienza la solicitud de ingreso a una residencia para tercera edad. Se realizan los estudios correspondientes solicitados para que se haga efectivo su traslado.

En una nueva entrevista con FH se muestra angustiada, relata que el fin de semana no pudo acercarse a cuidarlo porque debía trabajar para poder pagar los gastos de su hogar, se muestra cansada y preocupada por el estado de salud de GM. Ante su ausencia el equipo médico se comunica con servicio social y expresa que es necesario contactar con urgencia a FH, porque no es posible que GM se encuentre solo por tantas horas, que necesita estar acompañado constantemente y que él no puede alimentarse sin su ayuda; ante lo planteado se informa sobre la situación de FH y el motivo de su ausencia. En las semanas siguientes, GM se encuentra en un cuadro mucho más grave, la médica tratante le informa a FH que su muerte es inminente. Se la acompaña durante esos días. FH se comunica con el servicio social y comunica que GM falleció en junio 2021, agradeció el acompañamiento, se realiza contención y orientación para que pueda realizar los trámites para el sepelio.

## **Análisis de las situaciones**

### **Cuidado y género**

En este apartado se analizarán las situaciones antes descritas. Deseamos problematizar el rol que pareciera ser “asumido o asignado” por las mujeres en el cuidado de sus hijos, maridos y en algunos casos de sus nietos. Por un lado, se hará hincapié en el cuidado y el rol de género del mismo, a su vez cómo este se vio modificado o no por el contexto COVID-19 y las implicancias que el rol de cuidado trae en la subjetividad de las personas a través del padecimiento subjetivo.

Respecto al cuidado se puede mencionar cómo este históricamente fue realizado por mujeres y sigue siendo ocupado por ellas, desde el rol de cuidadoras.

La primera situación en sala de obstetricia tiene la particularidad de que se trabaja primordialmente con personas gestantes, que en su gran mayoría son mujeres. Entonces durante la internación pre y post parto, teníamos poco conocimiento acerca de la figura paterna o le otre progenitore que es responsable del embarazo. Las personas gestantes referían que sus compañeres se encontraban trabajando o que no podían pasar a la sala de obstetricia por las restricciones sanitarias que impedían el ingreso de personas ajenas y que sólo permitían ingresar unos minutos para acercar accesorios que ellas necesitaran.

En otras situaciones tomábamos conocimiento de la ausencia de esta figura en las vidas de estos niños recién nacidos y su familia. En variadas oportunidades las mujeres referían ser las únicas figuras de apego de sus hijos, con varones ausentes del cuidado y crianza de ellos por: encontrarse de viaje (en provincias del país o países limítrofes), por no desear asumir la tarea de padre o desconocimiento de la situación de embarazo y nacimiento de estos bebés.

También nos encontramos con mujeres que establecen una relación a la que podríamos denominar “de doble cuidado”. Tal es el caso de A, madre de M, que ante el primer embarazo de su hija se ha encargado del cuidado y crianza de su nieta de seis años de edad y que, ante el nacimiento de otra nieta, vuelve a asumir la responsabilidad del cuidado de esta. Así como es la principal referente de cuidado de su hija, M. ¿Por qué consideramos que se dan estas divisiones de tareas, si el abuelo también manifestó su deseo de cuidar a este bebé?

Consideramos que esta división de roles intrafamiliares como se expuso anteriormente, es un claro ejemplo de diferenciación de género ya que en nuestra sociedad se da un proceso de división del trabajo por el cual el cuidado es visto como tarea “natural” de las mujeres (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Por otro lado, coincidimos con estas autoras en que las tareas de cuidado no son aleatorias o fortuitas, sino que son parte de la organización social del trabajo, con sus marcos normativos y sus relaciones de poder más o menos explícitas.

Es decir, en este ejemplo de la abuela como referente de cuidado de sus dos nietas y su hija, a través de lo poco que conocimos de su realidad familiar, pareciera que no hubiera otra responsable en las tareas de cuidado. Pese a que ella pudo expresar ciertas dificultades y cansancio en cuanto al cuidado de la hija y su problemática de salud mental, así como complicaciones en cuanto a la comunicación con el CNNYA o falta de comprensión de las pautas que se le requerían cumplir para asumir la nueva tarea de cuidado de su nieta recién nacida, no existió posibilidad de conocer o intercambiar opiniones con R ya que la tarea que él manifestaba que tenía durante parte del día era la de cumplir con las actividades y horarios de su empleo. No hablamos de trabajo sino de empleo ya que creemos que las tareas de cuidado que realiza la abuela también son un trabajo, diferenciado por la falta de remuneración. Lo que deja ver la desigual distribución de tareas entre ambas.

Claro está, que es necesario que en una familia existan ingresos económicos para la satisfacción de necesidades básicas. Evidentemente en la situación descrita este abuelo era “el sostén” económico de la familia, o mejor dicho quien realizaba a través de su empleo, ingresos monetarios a la familia. En cuanto a A, ella era la cuidadora de sus nietas y de su hija, quienes por momentos conviven en la misma casa y en otros no; gracias al cumplimiento de este rol, R podía salir a trabajar extensas horas, a cambio de un salario. Así como, en la asunción de cuidadora, A logra que su nieta recién nacida quede al cuidado de su familia de origen, a través de la guarda otorgada por el CDNNyA.

Ahora bien, también en la situación 3 notamos como las tareas de cuidado exclusivas se combinan con el sostenimiento económico de la familia. En este caso, GH, esposa de FH es la única red del mismo. Ella lo cuida, alimenta y alterna estas actividades con las labores de su trabajo. Lo que le produce estar todo el día cumpliendo las funciones de cuidado y trabajando. Ante los cuidados especializados que requiere GM y la necesidad de FH de trabajar, poder tomar ambas necesidades que expresa la unidad de

tratamiento, se plantean diferentes estrategias de intervención siendo la opción acordada el ingreso a una residencia de tercera edad, lo que podría haber sido un alivio a las jornadas extensas de esta mujer.

En la situación 2 es la madre de G quien se encarga de su cuidado hospitalario y fuera de él, prácticamente de tiempo completo. En los momentos en los cuáles debía ausentarse para cuidar a sus otros hijos, la que tomaba el rol de cuidadora de G era B, una hermana, quien también alternaba los cuidados de sus hermanos con su madre. Luego de una compleja negociación entre O y JL, aparece este último como tercer cuidador, mostrándose disconforme no solo con la tarea sino también con la internación de su hijo. Lo que permite analizar su rol de cuidador en segundo plano, o con negación a ejercer ese rol. También podríamos decir que el vínculo paterno recién se había retomado con G hace algunos años, lo cual deja ver como las tareas de cuidado y crianza fueron exclusivas durante varios años a la madre O.

Lo cierto es que en las tres situaciones aparece una mujer como cuidadora principal de otros, sea de bebés, niños o adultos, tanto en el momento de internación, como en las tareas ambulatorias. Lo cual establece una jornada de cuidado prácticamente de tiempo completo, siendo alternado con otras mujeres del grupo familiar.

Estas mujeres, además de ocuparse de los diferentes cuidados que viven diariamente en sus vidas cotidianas, se ven sucumbidas ante un nuevo escenario ya que al momento en que alguien de su red familiar se ve afectado por una enfermedad es ella quien también se encarga del cuidado de su salud. Y se ve obligada a transitar con él/ella su proceso de salud - enfermedad- cuidado en el efector de salud. Cuando esta persona que enferma ingresa a una internación, no solo ella es quien se instala en una habitación del hospital, esa cuidadora es quien lo acompaña. Es en quien descansa el sistema de salud parte de sus cuidados. Así pues, notamos con claridad en la situación 3, cómo GH es la encargada de alimentar a FH, aun teniendo otras cosas que hacer, como ir a trabajar. FH debe ausentarse horas de su empleo para ir a alimentar a GM, aunque este se encuentre internado en un efector de salud donde se debería garantizar el cuidado de su salud y bienestar.

### **COVID-19 y acceso a prestaciones**

Sumado a ello, se observa como el aislamiento ha favorecido a la fragilización de redes cotidianas, así como al aumento de tareas a realizar en el rol de cuidado. Debido a que las medidas de protección por el contexto COVID-19 se ven intensificadas por el protocolo, desde la sala de internación se exige que para reducir la propagación del virus se reduzca al mínimo posible la cantidad de personas que circulen en el hospital. Por este motivo se exige que quien cuida en el momento de la internación debe ser la misma persona, teniendo la posibilidad de compartir dicho cuidado solo con una persona más.

En los diferentes casos planteados se puede observar cómo esa persona es siempre la misma que debe permanecer en el hospital por más de 10 horas continuas, ir y volver a su casa o ir a trabajar y retornar diariamente.

Es en esa persona que cuida sobre la que recae todo el peso del cuidado, tanto dentro del hospital cómo fuera del mismo. Ya que identificamos que indefectiblemente la persona que se hace cargo del cuidado de un familiar en el hospital, coincide en este rol por fuera del mismo, es decir está ligada a realizar otros cuidados de otros hijos, nietos,

su hogar, etc. En la segunda situación les hijos de O no pudieron testearse para descartar o confirmar Tuberculosis por su ausencia.

Por otro lado, las restricciones de circulación provocaron un gran aumento de trámites virtuales, lo cual produjo dificultades en el acceso a diversas prestaciones, como la medicación. En la situación 1, la abuela A, manifiesta que ha tenido problemas para obtener el permiso de circulación y por tal motivo no pudo retirar la medicación de su hija, más allá del miedo que le provocaba circular y contagiarse de COVID-19.

En la situación 3 se puede observar cómo FH intenta la gestión de una prestación, la cual resulta fallida porque no brinda los elementos requeridos. Luego de este intento el estado de salud de GM se agrava por lo que se inicia nuevamente otra gestión para el egreso a un tercer nivel, iniciando nuevamente otro trámite que tenía largos plazos, y que también necesitaba de diferentes estudios médicos para su obtención.

Por último, cabe mencionar que en las tres situaciones las mujeres cuidadoras se encuentran expuestas constantemente a este virus; las medidas de prevención dictadas por el gobierno no se corresponden a la realidad de estas mujeres, que por un lado se encuentran por largas horas acompañando a quienes cuidan dentro del efector de salud. Por otro lado, cuando las medidas de restricción permitían el uso de transportes públicos a solo personas autorizadas<sup>5</sup>, ellas no se encontraban dentro de ese grupo o solo disponían de un permiso solo dos veces a la semana, aun así se trasladaban para acompañar a quienes cuidaban.

### **Padecimiento subjetivo**

Respecto a las subjetividades que se ponen en juego en las diferentes situaciones que atraviesan las mujeres cuidadoras, y mucho más en este contexto, se pueden realizar las siguientes reflexiones. Al pensar en los diferentes relatos, se hace hincapié en la mirada sobre ellas como sujetos de derecho, desde una mirada integral teniendo en cuenta como expresan sus emociones y aquello que vivencian en su cuerpo. Primero nos es necesario traer la categoría de sujeto de Cazzaniga (1997) que implica el compromiso con la dignidad humana, reconocer al otro como sujeto de derechos, exigiendo la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para comprender sus necesidades e intereses, es decir, su expresión como ser singular.

En las tres situaciones mencionadas se puede observar cómo las mujeres cuidadoras son las que asumen el cuidado a diario de manera continua. Estar en este rol genera en ellas diferentes responsabilidades y también sentires que se registraron en el relato. Por un lado, en la situación 1, la abuela menciona que es ella quien se encarga del cuidado no solo de sus nietos, sino también de su hija. Y que a su vez tiene miedo de la reacción de su hija cuando se entere que ella está asumiendo dicho rol. En la segunda situación se puede observar a O, quien explicita sentirse cansada y desbordada por ocupar este rol de cuidado acompañando a G en la internación, por no poder estar presente para sus otros hijos y tener que recurrir a su hija B para que la “reemplace” en el cuidado de les mismos. Por último, en la situación 3 FH manifiesta su angustia y preocupación, por un lado, ante el agravamiento de salud de GM y cómo ella percibe al mismo, al ver su cuerpo y su imposibilidad para alimentarse. También manifestó su angustia ante la

---

<sup>5</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nueva-etapa-del-aspo-solo-esenciales-y-personas-con-permisosespeciales-pueden-usar-el>

incertidumbre, ya que no le quedaba claro el diagnóstico de salud de GM. Por otro lado, tras la explicación, la angustió la noticia de que la situación de GM era irreversible y que estaba próximo a su fin de vida.

Son estas expresiones la que nos lleva a reflexionar en sus padecimientos subjetivos y la importancia de abordarlos en la intervención. Ya que los mismos según Pavón

reclaman una mirada desde otro punto de vista que permita evitar un pensamiento reduccionista de las cuestiones sociales. En tal sentido la intervención debe recuperar el espacio simbólico desde la perspectiva de los actores y contextualizar el entramado cotidiano de los individuos y las familias (Pavón 2014: 17).

Abordar dichos sentires relacionados al cansancio, la angustia, la preocupación y el miedo que pueden provocar padecimientos en estas mujeres, a través de la escucha, empatía y acompañamiento en lo que van transitando nos facilita poder trabajar en la intervención construida con ellas como cuidadoras. Sobre ellas recae la responsabilidad no solo del cuidado físico, sino que la gestión de la medicación, el acceso a diferentes prestaciones, la responsabilidad que también tiene por fuera del efector de salud, en su hogar y fuera de este. Es primordial tenerlas en cuenta porque según Moreno (2005) afirma que *en la emoción subyace la acción* por ello es importante reconocerla como parte de la intervención. Ya que

las emociones ponen en evidencia aquello que nos preocupa u ocupa, lo que es prioritario de lo secundario(..). Las emociones afectan el campo racional, dado que regulan el procesamiento pre cognitivo y organizan el pensamiento para la acción. Están presentes tanto en la toma de decisiones como en el modo de negociar un conflicto y afectan el análisis de la situación hasta el punto de llegar a bloquear el proceso cognitivo (Moreno, 2008: 159).

Por lo tanto poder abordar aquello, no sólo evidenciaría aquello que los ocupa y preocupa sino que al construir diferentes líneas de acción abordando también este aspecto se realizarían intervenciones más integrales que las comprendan como sujetas que están atravesadas por este rol, generando en ellas cansancio al tener su cuerpo a disposición de los requerimientos del sistema de salud, también la incertidumbre que se hace presente en los procesos de cuidado y más en el contexto actual; debido a que el hecho de entrar y salir del efector podría generar exposición al virus COVID-19.

Pero que además de cuidar pueden también tener otros intereses y roles que también se vieron modificados por esta situación en específico.

Continuando con esta reflexión, Maturana (1990) explica que es fundamental valorizar el aspecto emocional de los sujetos y el entrelazamiento en el diario vivir del ser entre la razón y la emoción. El sistema racional tiene un fundamento emocional,

cuando uno cambia de emoción, cambia de dominio de acción. Insistimos en que, lo que define nuestras conductas como humanas es su ser racional. Al mismo tiempo, todos sabemos que cuando estamos en una cierta emoción hay cosas que podemos hacer y cosas que no

podemos hacer, y que aceptamos como válidos ciertos argumentos que no aceptaríamos bajo otra emoción (Maturana, 1990: 7).

Con dicha afirmación no asumimos que con el hecho de abordar los padecimientos subjetivos de estas mujeres cuidadoras, las intervenciones sean eficaces en cuanto a poder cumplir con la estrategia de intervención planteada. Sino que poder visibilizar y abordar dicho padecimiento nos permite encontrarnos con dicha mujer desde una mirada mucho más integral, habilitando nuevas líneas de intervención que cuiden a quienes cuidan. Bien sabemos que ante la intervención y las diferentes estrategias que se construyen en conjunto con ellas, están atravesadas por el contexto, social, político, económico que se introyecta en la particularidad de cada mujer cuidadora favoreciendo o desfavoreciendo el poder accionar en pos de esas pautas.

### **Consideraciones finales**

A lo largo del trabajo pudimos dar cuenta como las condiciones estructurales se entrelazan con las historias o vivencias de cada familia, en cada persona.

La feminización del cuidado tiene su raíz en construcciones sociales y culturales basadas en la división sexual del trabajo que produce inequidad entre hombres y mujeres. Desde una lectura interseccional, esta desigualdad se profundiza en la articulación con otras estratificaciones sociales como la raza, etnia o clase social. Nada de esto es natural, innato o aleatorio, sino que se encuentra bajo una relación de poder socialmente construida.

Ahora bien, ¿Cómo se experimenta este sistema desigual de roles en cada familia? Creemos que, por un lado, cada familia lo vivencia desde su singularidad, pero a la vez en todas se veía cierta normatividad donde las cuestiones estructurales quedan invisibilizadas y las tareas de cuidado recaen en las mujeres como “cosa natural”. Incluso en las mujeres cuidadoras que acompañamos en estas intervenciones parecía que no existía tal problematización. Más bien el cuidado se vivía como un deber ser, como responsabilidad suya, centrada únicamente en ellas. Pese a las expresiones de cansancio y/o angustia, no apareció el reclamo o el pedido de intercambiar roles con algune otre familiar, salvo en alguna situación en la cual se acudía a otra mujer.

Claro está que estas mujeres dedican gran parte de su tiempo y energía a las tareas de cuidado sin remuneración, lo cual las deja en desventaja no sólo monetariamente sino también pareciera dejarlas en soledad con diversos sentimientos de angustia, preocupación, miedo, etc. ante los procesos de salud-enfermedad-cuidado de su familiar que se encuentra cursando una internación o atendiendo su salud.

Ante estas situaciones, como trabajadoras sociales en el sistema de salud, consideramos fundamental escuchar las demandas espontáneas que estas mujeres tengan con el servicio social, pero por sobre todo, atender a estos sentimientos que aparecen explícitos o implícitos a lo largo de la intervención, favorecer la expresión y abrir un diálogo que permita construir estrategias de intervención con ellas en su difícil labor. Pero ¿la salida es sólo esa? ¿Basta con acompañar a las mujeres cuidadoras en su vivencia para sortear la desigualdad preexistente de género?

Por supuesto que consideramos necesario el diseño e implementación de políticas que contemplen esta jerarquización en la división de roles y cooperen para que primero se visibilicen las desigualdades a las que son sometidas las mujeres y luego se reorganicen los roles de cuidado intrafamiliar e institucional. En esto coincidimos con la



autora Pombo (2019) en cuanto al rol que las mujeres deben asumir en el diseño de estas políticas ya que “*el protagonismo de las poblaciones debe redimirlas del lugar de beneficiarias y destinatarias para ubicarlas en una posición sustantiva a lo largo del recorrido del diseño e implementación de las políticas*” (Pombo, 2019: 158). Así como, se debe poner foco en la subjetividad, respecto a cómo encarnan los problemas delimitados en la singularidad de sus destinatarias para la formulación de esas políticas. Es decir, prestar atención a cómo impactan en la vida diaria de esas mujeres las inequidades que vivencian y no realizar políticas estandarizadas.

¿Con la implementación de políticas sociales y económicas que sorteen parte de las necesidades que tienen las mujeres, alcanza? Sabemos que no, no alcanzaría para derribar todo un sistema basado en la desigualdad de género que se transmite de generación en generación a través de patrones sociales, culturales y ante un sistema capitalista al que le es funcional para seguir con el modelo de explotación.

Entonces ¿Qué hacer para aliviar ese padecimiento subjetivo al que las mujeres en su rol de cuidadoras principales están expuestas? No perder de vista las condiciones estructurales y la singularidad de cada persona, es primordial. Sin embargo, ¿qué hacer luego de esto? Nos quedará ciertamente seguir conociendo la subjetividad de cada mujer cuidadora y crear con ellas otras estrategias de intervención nuevas, acompañarlas en este proceso también es trabajar por la salud integral de ellas y sus familias.

## **Bibliografía**

- Bang, C (2020) Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia. En *Área social – Programa APEX (Comp.): Diálogos: Educación & Comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis* (pp.9-21). Montevideo: Universidad de la República.
- Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, 1, 155-171.
- Biondi, C. y otros (2019) *Manual de cuidados paliativos para cuidadores* - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2019. Libro digital 1a ed.
- Carballeda, A. (2004) La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo. *Revista Margen* N° 35. Edición primavera.
- Cazzaniga, S. (1997) El abordaje desde la singularidad *Ficha de cátedra de la asignatura de trabajo social v, de la universidad nacional de La Plata*. Recuperado de:
- Congreso de la Nación (2009) Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009. Buenos Aires, Argentina.
- Duré, I. (2005). Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*, 2(6).
- Faur, E., Esquivel, V., & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado*. Ed. IDES. Buenos Aires, Argentina.
- Harvey, D. (2020). Política anticapitalista en tiempos de COVID-19. *Revista Sin Permiso*, 23. Recuperado de: <https://www.sinpermiso.info/textos/politicaanticapitalista-entiempos-de-covid-1>

<http://catedras.fsoc.uba.ar/heler/cazzaniga.%20el%20abodaje%20de%20la%20singularidad.doc>

<https://www.margen.org/suscri/margen35/interv.html>

- Krmpotic, Claudia Sandra, De Ieso, Lia Carla. (2010). Los cuidados familiares: aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Revista Katálysis*, 13(1), 95-101. <https://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/11.pdf>
- Mallardi, M. (2013). *Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad*. Argentina: Centro de Estudios Interdisciplinarios en problemáticas Internacionales y Locales-CEIPIL.
- Maturana. (1988). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Ed. Dolmen Ensayo, Décima Edición 2001. Recuperado de: [https://desuj.infed.edu.ar/sitio/upload/Maturana\\_Romesin\\_H\\_Emociones\\_Y\\_Lenguaje\\_En\\_Educacion\\_Y\\_Politica.pdf](https://desuj.infed.edu.ar/sitio/upload/Maturana_Romesin_H_Emociones_Y_Lenguaje_En_Educacion_Y_Politica.pdf)
- Michalewicz, y otros (2014) Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, 2014, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Moreno. (2005) *El juego y los juegos*. Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- Pavón, P y Chávez, N. (2018) *Trabajo Social Holístico Volviendo al ser*. Editorial Fundación la Hendija. Paraná. Entre Ríos. Argentina.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed.* - Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2017). Gestión: prácticas, mitos e ideologías. *Salud colectiva*, 13, 577-597.
- Tejada de Rivero, D.A. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(2).
- Vaquiro Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16 (2).
- Wenk, H y otros. (2019) *Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS): Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención*. Secretaría de Gobierno de Salud a través de Coordinación de Medicamentos Esenciales.