

Dossier

Cuidados y salud

Una apuesta hacia la democratización de los cuidados en salud



Florencia Rispoli y Magalí Turkenich

El *dossier* de este número toma como eje temático los cuidados en salud. Uno de los puntos de partida para la definición de este tema fueron las jornadas de salud comunitaria que se realizaron en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ en 2024, cuyo tema convocante fue el de cuidados y salud. En el transcurso de su organización y desarrollo, nos encontramos con una diversidad de propuestas que resultaron ser una fuerza motora que nos impulsó a continuar con la reflexión sobre este campo. El otro punto de partida se relaciona con la necesidad de pensar y entender los sentidos a los que nos referimos cuando desde la docencia, la vinculación, la investigación, la gestión y la práctica asistencial hablamos del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). ¿A qué se hace referencia específicamente con “cuidados”? ¿Existe un sentido unívoco al respecto? Creemos que una buena forma de dar lugar a este debate tan necesario es conociendo los modos en los que se articula el cuidado en las distintas esferas de intervención y este es el sentido que nos proponemos en el recorrido de este *dossier*. Cada uno de los artículos que lo componen abordan el cuidado desde un prisma particular: el debate epistemológico, el cuidado como parte de una lógica en la definición de políticas públicas en salud, el cuidado en la formación, el cuidado como orientación de las prácticas asistenciales.

Algunas consideraciones generales sobre los cuidados

La perspectiva desde la que iniciamos estas reflexiones se aleja de aquella que considera a los seres humanos como seres autónomos, individuales. Somos sujetos interdependientes y parte intrínsecamente constitutiva de una comunidad. La necesidad de recibir cuidados -al menos en alguna de las etapas de la vida- es una condición afín a todos los seres humanos: dependemos del cuidado mutuo para sobrevivir tanto material como subjetivamente.



El concepto “cuidados” es amplio y polisémico. Podemos decir en principio, que incluye a todas aquellas actividades y prácticas que tienen por objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas y que son necesarias para la supervivencia cotidiana en la sociedad en la que vivimos. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado y la gestión del cuidado. Fisher y Tronto propusieron que “[...]el “cuidar” (caring) sea considerado una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, de forma tal que podamos vivir lo mejor posible”¹ (p. 40). Los elementos, vínculos y acciones que implica el cuidado configuran una compleja red, en definitiva, el cuidado sostiene la vida.

Tal como sostienen Batthyány, Genta y Perrotta² han primado en las conceptualizaciones sobre los cuidados, visiones dualistas que ponen el foco en las situaciones de dependencia (por edad o discapacidad por ejemplo) de las personas que reciben cuidados, es decir, establecen una distinción entre quienes dan y reciben cuidados. Es más acertado sostener que damos y recibimos cuidados, con diferentes intensidades, a lo largo del ciclo vital.

Lo cierto es que, en acuerdo con la literatura disponible^{3,4} resulta necesario abrir el concepto para comprender la complejidad que encierra. Algunas preguntas para ello podrían ser: ¿cómo se realizan esas tareas y actividades? ¿quiénes las realizan? ¿cómo se organizan? ¿de qué forma? ¿en qué condiciones? ¿cuánto tiempo se destina? ¿a qué costo?

En este sentido, una de las principales evidencias que nos han legado los feminismos y los abordajes socio-comunitarios sobre los cuidados es que están relegados al fuero del ámbito privado y feminizados. Estas afirmaciones se desprenden de la constatación de una ausencia de políticas integrales de cuidados, lo que hace que estas actividades recaigan al interior de los hogares y dentro de ellos se distribuyan de manera desigual: son las mujeres quienes asumen la responsabilidad sobre estas tareas. Más aún, estas corrientes críticas han puesto en evidencia que las acciones incipientes orientadas a los cuidados, muchas veces reproducen también las desigualdades de género.⁵

Al mismo tiempo, la privatización de los cuidados también revela otras desigualdades: aquellas que surgen entre quienes poseen redes de apoyo y quienes no cuentan con ellas. Es que cuando los Estados no intervienen, son los demás actores quienes asumen una postura activa para garantizar la sostenibilidad de la vida. En estos tiempos, cabe entonces preguntarse, ¿cuál es el rol de las organizaciones comunitarias en relación a los cuidados?

Los cuidados en el PSEAC

El padecimiento, la enfermedad y la muerte se presentan como experiencias universales del fenómeno humano que operan diferencialmente en las diversas sociedades y con-



juntos sociales⁶. Todos los grupos sociales, sin importar su época o lugar, han llevado y llevan adelante formas socialmente organizadas de lidiar con la enfermedad. El cuidado y la atención de personas enfermas en sus diferentes concepciones histórico sociales se constituye en relación a normas sociales, condiciones estructurales, procesos simbólico-culturales y sentidos morales, entre otras.

Siguiendo el planteo de Herzlich y Pierret⁷, la enfermedad implica un *fenómeno social total*, o sea que el modo en que la sociedad se organiza para hacerse cargo de ella y la forma en que moviliza sus recursos colectivos está dando cuenta no sólo de la enfermedad en sí, sino de la sociedad en su conjunto. La forma que asumió la respuesta social frente a los malestares, padecimientos y enfermedades en nuestras sociedades occidentales contemporáneas está marcada por el desarrollo de la biomedicina. Esta perspectiva entiende a la enfermedad como una entidad fundamentalmente biológica separada de sujetos, grupos y contextos. Tomemos para ejemplificar esto, la argumentación etimológica dada por Rosler y Young:

quienes ejercían la curación entre los griegos eran equiparados con aquellos fieles servidores guiados por el afecto hacia la persona. A este grupo se vincula el verbo *therapeuo* (servir). *Therapeuo* designa al encargado de cuidar al enfermo como servidor. Si *therapeutés* pudo llegar a designar al médico fue porque en su raíz estaba la de “encargado de cuidar” y esta noción de cuidar consistía la esencia del servir. En *therapeuo* las confluencias de sentido son evidentes ya que significa tener cuidado de, tener solicitud por, servir, prestar cuidados médicos.⁸ (p. 540)

Por su parte, sostienen estos autores, la raíz *med* se vincularía con el sentido de moderación. En latín *medeor* representa un cambio: el objeto de atención del médico ya no es el paciente sino tratar la enfermedad según las reglas. Desde esta vertiente la conjugación no refiere a una persona, curar a alguien, sino que se da un desplazamiento hacia una entidad: curar algo. La relación deja de ser médico-paciente para ser médico-enfermedad.

Entre los principales problemas que afectan a la atención de la salud a nivel del sistema, podemos mencionar a la fragmentación de los cuidados, y al hecho de que la consolidación del modelo biomédico ha llevado a trasladar progresivamente las responsabilidades de cuidado de la salud sobre el individuo. Esto, que en general no se cuestiona y se toma con naturalidad, además de invisibilizar los cuidados colectivos, el rol de las organizaciones sociales y la división sexual del trabajo que interpela a las mujeres para las tareas de cuidado de otras/os, refuerza el dispositivo individualista.

La fragmentación implica que las atenciones no se organizan en forma de cuidados continuos, sino como prestaciones aisladas que a veces se duplican y otras no se concretan en forma oportuna, de modo que se pierde la posibilidad de garantizar las funciones de



la asistencia a la salud. Así, la fragmentación de los cuidados repercute sobre la eficacia de un Sistema de Salud cuando éste toma contacto con la/el/le paciente en la etapa sintomática, y pierde la posibilidad de intervenir en la etapa asintomática y de aplicar medidas preventivas o de detección precoz.

Existen propuestas que plantean una superación crítica al reduccionismo del modelo biomédico y a la fragmentación de los cuidados que se cristaliza en el sistema. Entre ellas, destacamos a las redes integradas de servicios de salud, las propuestas de clínica ampliada con participación intersectorial y la conformación de equipos interdisciplinarios e interprofesionales capaces de integrar saberes y prácticas diversas para el abordaje de la complejidad.

Ampliar la noción de atención hacia una aproximación desde los cuidados implica una connotación más integral, reconociendo que gran parte de las acciones de salud tienen lugar en el marco de la vida cotidiana. Simultáneamente debemos profundizar los caminos en que puede articularse la lógica de cuidados con el ejercicio profesional en el campo de la salud, para que el sistema de salud, en su conjunto, vuelva a “cuidar” y no se restrinja a curar. Para que el cambio de abordaje sea profundo y sostenido debe asumirse esta responsabilidad en común entre todas las profesiones del campo de la salud, y no ser delegada solamente en algunas.

Por todo lo antedicho, consideramos que reinsertar en los debates actuales de la medicina contemporánea la lógica colectiva del cuidado implica una apuesta por los valores políticos del cuidar y al mismo tiempo una proyección respecto de la sociedad que deseamos.

En este sentido y tal como decíamos al inicio de esta presentación, los **artículos y relatos de experiencia** seleccionados nos ofrecen distintas aristas desde las cuáles seguir pensando en los cuidados en el ámbito de la salud. Así, el artículo *La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte* de Daniela Testa y Federico Rayez, centrado en una aproximación bibliográfica, presenta resultados de un proyecto de investigación radicado en la UNAJ. El trabajo explora la emergencia y discusión del concepto humanización del cuidado en salud. Recompone debates y perspectivas presentes en la literatura iberoamericana. Dentro de las principales conclusiones se plantea que la humanización del cuidado en salud es un concepto polisémico y multidimensional que está atravesado en su definición y en su articulación en la práctica sanitaria por diferentes órdenes, por ejemplo, éticos, financieros, políticos y de organización de los sistemas sanitarios que, en su conjunto, ponen en cuestión tanto el alcance como el sentido del trabajo en salud. Sin embargo y aún en su polisemia, Testa y Rayez reconocen ciertas características generales que definen a la humanización de los cuidados. Esta categoría presenta potencialidad crítica, tanto en términos epistemológicos como políticos. De un lado, porque abre un espacio para la generación y circulación de saberes *desde y en* los territorios y del otro, porque promueve la transformación de las prácticas siempre que se problematice en clave situacional.



Karina Silvia Dionisi en *Los cuidados en las vejeces: aproximación teórica y empírica* realiza un minucioso análisis respecto de la categoría de cuidados aplicado a la investigación social y gerontológica, y al diseño de políticas públicas. Toma como punto de partida que en Argentina la población adulta mayor está atravesando un proceso de “envejecimiento del envejecimiento” en el que se destacan ciertas características como ser femenino, urbano, con cobertura social y con hogares unipersonales o conformados por dos adultos mayores, que indica la falta de otros miembros que colaboren en el cuidado y atención. Al analizar desde un enfoque cualitativo trayectorias personales de personas mayores transitando una situación de dependencia en contextos domésticos, resalta la prevalencia de la elaboración artesanal de estrategias de cuidado en las cuales las redes de sostén, conformadas por familiares, vecinos o amigos, tienen un rol fundamental. El artículo presenta, también, una aproximación al mundo cognitivo valorativo del cuidado a partir del análisis de casos concretos.

Por su parte, Silvina Moggiano y Federico Paruelo en su artículo *Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud* describen la creación y puesta en marcha de la red. Se destacan en el artículo los fundamentos que guiaron esta política pública en salud orientada a establecer un modelo que garantice la atención integral, la continuidad de los cuidados y la accesibilidad a especialidades en la población de referencia. El modelo de gestión de la red que se describe está centrado en los derechos de la infancia y la familia, y tiene como propósito la articulación de los servicios de neonatología, consultorios de seguimiento, atención primaria y recursos comunitarios. En el relato de esta experiencia, la autora y el autor dan cuenta del rol fundamental que tienen las redes de servicios de salud para la constitución de una lógica integral de los cuidados.

En *Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital Provincial Subzonal Dr. Jose. M. Jorge como estrategia de cuidados en salud*, Silvana Fernández, Marcela Delfino, Sonia González y María de los Angeles Larrieur, nos acercan un análisis reflexivo y fundamentado centrado en la *praxis* de un equipo interdisciplinario conformado por trabajo social, enfermería y terapia ocupacional. La preocupación que organiza el trabajo del equipo está dada por trascender lo asistencial para integrar prácticas de cuidado interdisciplinarias, y en territorio, de usuarios/as internados/as. Tienen como objetivo derribar las barreras arquitectónicas, sociales, culturales y económicas que limitan las posibilidades de desarrollo, autonomía y ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad. Para ello, destacan el lugar de las entrevistas domiciliarias como una herramienta fundamental. La información producida a partir de esta aproximación resulta crucial para planificar de forma heurística cuidados individualizados que tomen como eje a las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades desde una perspectiva de derechos.



Desde el punto de vista de la formación, Roxana Peredes nos acerca en *Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela* la experiencia de las prácticas pre-profesionales de estudiantes de la materia Enfermería Comunitaria 1 y 2, considerándola una etapa crucial en la formación de profesionales. Durante los encuentros realizados en territorio se pudo conciliar una actividad formativa de alto significado educativo y, al mismo tiempo, acercar un servicio de calidad a la comunidad. El relato de esta experiencia nos muestra a docentes y estudiantes universitarios de la UNAJ, integrantes de un centro comunitario y miembros de una parroquia trabajando en conjunto por el cuidado de la comunidad. Así, esta práctica formativa, diseñada e implementada desde una perspectiva integral e intersectorial, plasma los sentidos de una enfermería comunitaria que tiene como eje esencial a los procesos de cuidados centrados en los sujetos, las familias y la comunidad.

A continuación, se presentan cuatro **resúmenes ampliados**, que corresponden a trabajos finales de carrera, de especialización y resultados de beca de investigación.

En *Intervenciones de enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, entre Enero del 2021 y Diciembre del 2021*, Jimena Milesi y Rocío Rodríguez, se centran en la continuidad de los cuidados como factor clave más allá del nivel de asistencia en el que las personas deban ser asistidas. Indagaron en el trabajo interdisciplinario de las enfermeras que se desempeñan en el Programa de Externación y Rehabilitación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves. La intervención de este programa se focalizó en personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental y su objetivo fue que las usuarias tengan la oportunidad de reinsertarse a la comunidad, gozando de sus derechos como sujetos. Con este trabajo final para la Licenciatura en Enfermería, las autoras destacan el lugar de la profesión, específicamente la figura de la enfermera comunitaria en salud mental cuya labor se enfoca en velar por el cuidado humano, analizar los contextos, y llevar adelante intervenciones desde una perspectiva de derechos y centrada en la familia.

En *Diseño de Evaluación de Procesos y Resultados de Implementación del Eje Humanizado del Hospital El Cruce, Desde la Perspectiva del Destinatario con un Enfoque de Derechos*, Verónica Andrea Cañete, Nodocente de la UNAJ, nos acerca un diseño de evaluación de procesos y resultados cuyo propósito es conocer el alcance de la atención humanizada y el conocimiento que tienen las y los pacientes de sus derechos. En este resumen ampliado de su Trabajo Integrador Final para la Especialización de Evaluación de Políticas Públicas (UNLA), la autora desarrolla las características del diseño evaluativo que construye. Sostiene que, al tratarse de una evaluación participativa en donde los derechos atraviesan las decisiones que las y los profesionales tomen, resulta necesaria la utilización de modelos de gestión acordes al contexto socioeconómico y cultural de la población que atiende. El aporte de este TIF resulta de particular relevancia para la implementación de modelos de cuidados humanizados en los efectores sanitarios.



Desde una perspectiva de género Liliana Noemí Acosta, Licenciada en Trabajo Social, graduada de la UNAJ, nos propone una potente mirada respecto de los cuidados en salud a partir de su Trabajo de Integración Final *El Cuidado: Nudo Crítico de las Desigualdades de Género*. Tomando como punto de partida que el cuidado ha sido tradicionalmente visto como una extensión del rol femenino, visibiliza la desigualdad de género respecto a la responsabilidad de cuidado de hijos e hijas con discapacidad. Esta situación enfrenta a las mujeres con el dilema de responder a mandatos sociales de “buena maternidad”. Además, el cuidado que se da de manera informal comporta una carga física y emocional que, tal como destaca la autora, puede tener consecuencias en la salud mental y física de las mujeres que lo llevan adelante.

El resumen ampliado de la estudiante de medicina Jahnavi Blazquez, *Participación Social en Salud: aprendizajes en la articulación entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil*, nos acerca resultados de su investigación como becaria del programa de Estímulo a las Vocaciones Científicas del Consejo Interuniversitario Nacional (EVC-CIN) que desarrolló en el marco de un proyecto UNAJ Investiga. Se destaca el análisis del trabajo conjunto entre Estado y organizaciones de la sociedad civil, y cómo esa práctica conjunta llevó a cambiar las representaciones de los diferentes actores sociales. El trabajo se llevó adelante en Villa Itatí, durante pandemia y registró la Participación Social en Salud en el Comité Operativo de Emergencias (COE). El análisis realizado registra cómo se modificaron las prácticas de abordaje e intervención en salud, entendiendo que la producción de salud y cuidados también ocurre en la comunidad.

Por último, en **el espacio de divulgación**, se incluye una entrevista realizada a Graciela Jacob, médica y socióloga referente de los cuidados paliativos en nuestro país. En el desarrollo de la entrevista, a través del relato de sus experiencias y sus reflexiones conceptuales, Jacob nos ofrece una mirada aguda respecto de la necesidad de una perspectiva integral para pensar los cuidados centrados en los y las pacientes y sus familias en la etapa final de sus vidas. La integralidad es definida y garantizada por el trabajo interdisciplinario, la construcción de una práctica asistencial que ponga en el centro el padecimiento subjetivo y el necesario acompañamiento de políticas públicas diseñadas desde estas concepciones.

En estos tiempos en los que parece y sentimos que todo se desvanece en el aire, dar cuenta de los caminos transitados nos permite asentarnos sobre las huellas para fortalecer el horizonte al que aspiramos: un sistema de salud accesible, equitativo y de calidad centrado en los derechos de los y las pacientes, de sus trabajadoras y trabajadores, y orientado desde una lógica de democratización de los cuidados.



Bibliografía

1. Tronto J. ¿Riesgo o cuidado? Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita; 2020.
2. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Rev Estud Fem.* 2017;25(1):183-209.
3. Faur E, Pereyra F. Gramáticas del cuidado. En: Piovani JI, Salvia J, editores. *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la Estructura Social.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2018.
4. Pautassi L. El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Rev Fac Derecho Mex.* 2018;68(272).
5. Rodríguez Enríquez C. Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Rev Nueva Soc.* 2015;(256):marzo-abril.
6. Menéndez E. La Enfermedad y la Curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Rev Alteridades.* 1994;(7).
7. Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuad Med Soc.* 1988;(43).
8. Rosler R, Young P. La lección de anatomía del doctor Nicolaes Tulp: el comienzo de una utopía médica. *Rev Med Chil.* 2011;139(4):535-541. doi:10.4067/S0034-98872011000400018.

