

El cuidado formal al final de la vida: Una aproximación basada en perspectivas y experiencias desde la práctica¹



RESUMEN

El artículo indaga en el complejo proceso de acompañar a una persona hasta “el último respiro” a partir de la experiencia de personas que se dedican al cuidado formal en diversas regiones de Argentina. Desde la perspectiva de la ética del cuidado, se exploran los entrecruces entre las dimensiones materiales, relacionales y emocionales del trabajo de cuidados brindado en la etapa final de la vida, considerando la adquisición de conocimientos y el lugar del vínculo afectivo en la práctica. Se propone un acercamiento cualitativo basado en entrevistas abiertas y semiestructuradas realizadas en el marco de una investigación más amplia sobre diversas ocupaciones del cuidado. Se seleccionaron 50 entrevistas (en su mayoría mujeres) que se enfocan en tres espacios laborales: el cuidado en casas particulares a personas mayores, enfermería y el cuidado en residencias de larga estadía. Como resultado, se destaca la situación de desprotección que experimentan las cuidadoras formales, que se contraponen a la gratificación y valoración recibidas en el cotidiano. La hipótesis central del trabajo consiste en que aquellas tensiones y búsquedas que atraviesan a las cuidadoras en la práctica del cuidado (visibilizadas a través de sus testimonios) permanecen ausentes en los cambios normativos impulsados recientemente en Argentina.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Cuidados al final de la vida; Covid-19; Muerte; Profesiones sociosanitarias.

* Máster en Estudios de las Mujeres y de Género por la Universidad de Oviedo. Actúa en el Departamento de Derecho del Trabajo y Trabajo Social de la Universidad de Salamanca. CV: <https://cvn.fecyt.es/editor/cvnOnline/0000-0002-1764-4051>

** Doctora en Ciencias Sociales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Actúa en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes, Argentina. Investigadora del CONICET. CV: https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=27957&datos_academicos=yes

¹ Este trabajo se ha realizado con la financiación del Fondo Social Europeo Plus, del Programa Operativo de Castilla y León y del Gobierno Regional de Castilla y León, a través de la Consejería de Educación.

Formal end-of-life care: An approach based on practice-based perspectives and experiences

ABSTRACT

The article explores the complex process of accompanying a person to "the last breath" through the experiences of caregivers across Argentina. It explores the intersections among the material, relational, and emotional dimensions of caregiving in the final stage of life, considering the acquisition of knowledge and the role of the affective bond in practice. A qualitative approach is proposed based on a selection of open and semi-structured interviews conducted with caregivers in private homes for the elderly, nurses, and caregivers in long-stay residences. As a result, the workers' lack of protection, which contrasts with the gratification and appreciation they receive in daily life, stands out. The central hypothesis of the study is that the tensions and searches caregivers undergo in the practice of caregiving (made visible through their testimonies) remain absent from the normative changes recently promoted in Argentina.

Keywords: Palliative care; End-of-life care; Covid-19; Death; Socio-health professions.

Cuidados formais no fim da vida: Uma abordagem baseada em perspectivas e experiências práticas

RESUMO

Este artigo explora o complexo processo de acompanhar uma pessoa até o seu último suspiro, com base nas experiências de profissionais de cuidados formais em diversas regiões da Argentina. A partir da perspectiva da ética do cuidado, o artigo explora as interseções entre as dimensões material, relacional e emocional do trabalho de cuidado prestado no fim da vida, considerando a aquisição de conhecimento e o lugar do vínculo emocional na prática. Uma abordagem qualitativa é proposta, com base em uma seleção de entrevistas abertas e semiestruturadas realizadas no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo sobre diversas ocupações de cuidado. Cinquenta entrevistas foram selecionadas (a maioria com mulheres) com foco em três espaços de trabalho: cuidado de idosos em domicílios particulares, enfermagem e cuidados residenciais de longa permanência. Como resultado, a falta de proteção vivenciada por cuidadores formais é destacada, o que contrasta com a gratificação e a valorização que recebem em suas vidas cotidianas. A hipótese central deste artigo é que as tensões e lutas que os cuidadores vivenciam em suas práticas de cuidado (tornadas visíveis por meio de seus depoimentos) permanecem ausentes nas mudanças regulatórias recentemente implementadas na Argentina.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Cuidados de fim de vida; Covid-19; Morte; Profissões sociais e de saúde.



En la Argentina, hacia el cambio del milenio, los avances en la longevidad y la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas motorizaron el debate científico y bioético sobre los cuidados paliativos hacia el final de la vida, la mitigación del dolor y la necesidad de personal capacitado para sostener el sistema de bienestar de las personas.² No obstante, la pandemia del coronavirus ha evidenciado la relevancia de los cuidados en las sociedades mientras que, al mismo tiempo, ha generado una profundización del sistema inequitativo de reparto de las responsabilidades en materia de provisión del cuidado.³

En el contexto de esta crisis sanitaria, como en otras aristas de la vida social, se han visibilizado cuestiones que, si bien no eran nuevas, fomentaron el clima de discusión necesaria para diseñar y sancionar políticas públicas. Esta temática tomó mayor repercusión a partir del coronavirus, especialmente durante la llamada primera ola (entre los meses de junio y septiembre de 2020), dado que afectó principalmente a las personas mayores con comorbilidades, comprometiendo su capacidad respiratoria. Los métodos que solían ser efectivos ante esta condición en los ámbitos hospitalarios (cánula de doble flujo, uso de corticoides, posición prona, entre otros) no daban el resultado esperado, generando como consecuencia altos índices de mortalidad en esta franja etaria y una gran incertidumbre y frustración entre el personal de salud hasta que los efectos de la campaña de vacunación empezaron a reducir los casos de mortalidad hacia mediados del 2021. Si bien en la Argentina no hubo casos resonados de fallecimientos en la vía pública o en el hogar en soledad, como sí se produjeron en otros países de América Latina y en grandes ciudades de Estados Unidos donde se tuvieron que tomar medidas para instaurar fosas comunes e incrementar lugares para realizar cremaciones, el tema tomó dimensión pública y política (Zárate, 2021).

En este marco, en Argentina, a tono con las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que estableció directrices para orientar a los Estados en materia de derechos humanos de las personas contagiadas con covid-19, se generó la "Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida" del CONICET a mediados del 2020. Especialistas de la Red, la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos y representantes de la Cámara de Senadores y de Diputados de la Nación, coincidieron en la necesidad de sancionar la Ley Nacional N° 27.678 de Cuidados Paliativos a mediados del 2022 (Pecheny, 2020; Cosiuc, 2023).

La norma propone un modelo de atención que "mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida". Es decir, aquellas enfermedades en las que existe riesgo de muerte, o son "graves, crónicas complejas, progresivas, o avanzadas que afectan significativamente la calidad de vida de quien las padece y la de su familia".⁴ Entre las funciones de la autoridad de aplicación

² A modo de ejemplo podemos mencionar: Abt (2006), Alonso (2013) y Luxardo (2011).

³ ONU Mujeres (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de covid-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>

⁴ Decreto Reglamentario 311/2023 mediante el cual se reglamenta la Ley Nacional N° 27.678 de Cuidados Paliativos.

se incluye el modelo de atención que debe garantizar el acceso a los cuidados paliativos a lo largo de todo el ciclo vital y en los diferentes espacios de atención:

*Diseñar, desarrollar e implementar acciones integradas en un modelo de atención de cuidados paliativos que contemple el acceso oportuno y continuo a los cuidados paliativos a lo largo de todo el ciclo vital, desde el período perinatal hasta las personas mayores, y en los distintos niveles y modalidades de atención, incluyendo el domicilio.*⁵

Mediante esta disposición se reconoce el acceso universal a los cuidados paliativos a todas las personas, cualquiera sea su edad, y se incorpora de manera explícita el domicilio particular dentro de los posibles espacios de atención en los que se pueden brindar.⁶

Con la asunción del presidente Javier Milei, en diciembre de 2023, se han adoptado medidas de ajuste regresivo del gasto estatal que implican el desfinanciamiento de políticas públicas en diversas áreas, entre ellas, en materia de salud y educación. En febrero de 2025 se generó un debate en la agenda pública a partir de trascendidos en redes sociales sobre el desmantelamiento del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, incluido en la norma mencionada anteriormente. El Ministerio de Salud desmintió que se estuviesen suspendiendo programas y afirmó que se ha detectado una superposición de funciones e ineficiencia en el sistema de compras que lleva a cabo el Instituto Nacional del Cáncer (del que depende el Programa).⁷

La Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) ha expresado su preocupación⁸ por que se garantice la continuidad del Programa, repudiando su denostación por supuestas irregularidades detectadas y, a la vez, solicitando la aclaración de la situación a fuentes oficiales y la definición de la estrategia para la implementación de la Ley N° 27.678 de Cuidados Paliativos. En sus comunicados destacan la relevancia del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, cuyo rol en absoluto se limita a la provisión de medicación, sino que se trata de una política pública que permite el desarrollo en todo el país de equipos y capacitación profesional continua para asegurar la calidad de atención en materia de cuidados paliativos. En este sentido, cabe resaltar la importancia de tener en cuenta la experiencia y demandas del personal que trabaja brindando cuidados formales hacia el final de la vida a la hora de promover políticas públicas en la materia.

⁵ Ley Nacional N° 27.678 de Cuidados Paliativos, artículo N° 6, inciso a. Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina (21/07/2022) <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27678-368373>

⁶ En un estudio que explora la legislación existente a nivel nacional y provincial sobre cuidados paliativos, programas y presupuestos contemplados, se señala la relevancia de la Ley N° 27.678 como impulso para la adhesión de varias provincias. La jurisdicción pionera en materia de regulación específica sobre cuidados paliativos ha sido la provincia de Buenos Aires mediante la Ley N° 12347/1999. Por su parte, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires ha sancionado en el año 2010 la Resolución N° 587/2010, mediante la cual se crea el "Programa de Cuidados Paliativos". En el caso de Santa Cruz, la Ley provincial N° 3501 sancionada en el año 2016 que regula la "Protección Integral del Enfermo de Cáncer" incluye los cuidados paliativos en sus artículos N° 8 y N° 9. En línea opuesta a estas experiencias, Santiago del Estero no cuenta con normativa alguna sobre cuidados paliativos (Lafferriere, 2023).

⁷ Diario Perfil. (2025, 24 de febrero). <https://www.perfil.com/noticias/salud/cuidados-paliativos-desde-salud-desmienten-que-este-programa-oncologico-se-suspenda.phtml>

⁸ Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) (2025, 9 de marzo). <https://aamycp.com.ar/respuesta-ministerio-salud/>

La hipótesis de este artículo es que en la Argentina la sanción de la Ley de Cuidados Paliativos tuvo como condición de posibilidad las situaciones vividas vinculadas al dolor y la muerte durante la pandemia de covid-19. La legislación retoma los derechos de los pacientes a una prestación integral de cuidados, refiere la importancia de sostener el círculo social y familiar, a quienes define como “entorno significativo” en su reglamentación. Los argumentos que legitiman la ley están dados por los saberes de la medicina experta en cuidados paliativos tanto a nivel nacional como internacional.⁹ Sin embargo, tanto en el debate, la norma y su reglamentación estuvieron alejadas las experiencias concretas, los reclamos salariales y las demandas de formación específica de las personas quienes, en la práctica, acompañan de manera formal y remunerada en el tramo final de la vida. Aquí tomamos la expresión “cuidado formal” que utiliza Natalia Luxardo, quien se refiere a la relación de asistencia que se encuentra regulada y sometida a ciertas pautas y que recibe una remuneración económica; mientras que los “cuidados informales” remiten a quienes desarrollan tareas en su propio entorno familiar de manera no remunerada (Luxardo, 2011, pp. 28 y 85).¹⁰ En el debate parlamentario se deducen ciertas referencias solitarias a la importancia de los/as trabajadores/as de salud, y la necesaria profesionalización de enfermeros/as, médicos/as y personal de asistencia. En este sentido, una de las voces enfáticas fue la del diputado del Frente de Izquierda por Jujuy, Alejandro Vilca, quien destacó, por un lado, la falta de personal capacitado, y por otro lado, la desactualización de salarios.

Con el objetivo de indagar en la experiencia y demandas específicas de las personas que se dedican al cuidado formal hacia el final de la vida, este artículo se basa en testimonios obtenidos a través de entrevistas de distinto tipo (abiertas y semiestructuradas) realizadas entre mayo y septiembre de 2023 en diferentes regiones de Argentina. Desde la perspectiva de la ética del cuidado, nos proponemos visibilizar los desafíos y tensiones que atraviesa el personal de cuidados en esta etapa de la vida identificando la configuración de la dimensión material, relacional y emocional del cuidado. En particular, nos interesa relevar su percepción sobre las posibilidades y limitaciones en el proceso de acompañamiento al paciente y a su familia (tanto a nivel laboral como formativo), el lugar de la afectividad en la relación laboral y las necesidades más acuciantes que se interponen en el ejercicio efectivo de los cuidados paliativos tal como lo prescribe la normativa.

La recolección de los datos primarios tuvo lugar en el marco de un proyecto de investigación más amplio, en el que se relevó la situación laboral de trabajadoras/es de cinco ocupaciones del cuidado: enfermería, docencia, cuidados de niños, niñas y personas mayores en casas particulares, cuidados en residencias de larga estadía y cuidados comunitarios. En este contexto, la temática que se aborda surgió en tanto emergente. Por emergente, nos referimos a aquellas reflexiones que surgieron en el ámbito de las entrevistas, pero que no habían sido previamente definidas entre las principales anticipaciones de sentido de las investigaciones.

⁹ En el debate parlamentario se destacan como referentes médicos a Eduardo Bruera y a Victoria Raid.

¹⁰ Cabe señalar que la distinción que realiza la autora entre el cuidado formal e informal alude a una clasificación extendida en la literatura anglosajona en este campo de estudio.



La ética del cuidado como perspectiva de análisis

El presente artículo se sitúa desde la perspectiva de la ética del cuidado, particularmente desde los aportes desarrollados en América Latina que problematizan la asociación entre mujeres y la práctica del cuidado, y complejizan el análisis (Batthyány, 2021). La noción de ética del cuidado surge a partir de investigaciones de Carol Gilligan, quien desde la disciplina de la psicología en la década de los ochenta defiende la existencia de una “voz moral diferente”, basada en la idea de que los varones resuelven los dilemas morales en base a criterios de justicia e imparcialidad, mientras que en las mujeres participan aspectos relacionales. Estas afirmaciones se asociaron con la existencia de una “moral de las mujeres” y recibieron críticas dado el carácter esencialista de la definición (Batthyány, 2021).

Entre las voces críticas Joan Tronto (1987) sostuvo que la disposición moral responde en realidad al lugar de subordinación social que han ocupado las mujeres en su rol como cuidadoras. Desde este punto de vista, la ética del cuidado tendría un alcance universal, no se circunscribe a una actividad propia de las mujeres (y mucho menos de todas las mujeres), ya que no se trata de una cuestión biológica, sino que se encuentra estrechamente ligada a la experiencia práctica de cuidar (Arango & Molinier, 2011). Más recientemente, Tronto (2013) define la ética del cuidado como el conjunto de prácticas de cuidado que permitan que todos los miembros de la sociedad vivan de la mejor manera posible, aunque, desde un punto de vista político, las instituciones sociales y políticas habilitan que algunos lleven adelante esas cargas y otros puedan evadir esa responsabilidad.

En el marco de estas discusiones, los aportes desde la región latinoamericana a la ética del cuidado hicieron hincapié en la relevancia del contexto específico en el que se brinda el cuidado y la existencia de múltiples actores responsables en distintos niveles de su implementación (Arango & Molinier, 2011). En este sentido, Molinier (2018) afirma que este enfoque implica trabajar desde la multidisciplinariedad, ya que el trabajo de cuidados tiene como característica central ser multidimensional, y, además, busca contribuir al bienestar tanto de quien recibe como de quien brinda cuidados, detectando las relaciones que entran en tensión en el proceso y las implicaciones morales. Por lo tanto, según la autora, la ética del cuidado solo es comprensible a partir del sentido que las propias trabajadoras otorgan a sus tareas, abogando por trabajar con los sujetos de investigación. El énfasis en el enfoque multidisciplinar adquiere aún más relevancia en el subcampo del cuidado objeto de análisis: los cuidados paliativos. Su desarrollo en los últimos años ha sido impulsado por diversos actores y requiere de la participación de diversas áreas para garantizar su implementación efectiva (Pereira, 2017). Partiendo desde esta perspectiva, en esta propuesta dialogamos con los estudios que se han focalizado en la especificidad de los cuidados desde su carácter multidimensional (Pérez Orozco, 2006). Más precisamente, nos apoyamos en una investigación cualitativa que analiza la relación subjetiva de cuidadoras de personas mayores con su trabajo. Natacha Borgeaud-Garciandía (2017) explora tres dimensiones del trabajo de cuidados: el material, la relacional y la emocional. En este sentido, el aspecto material remite a las tareas ejecutadas, el factor quizás más visible de la actividad, que requiere de conocimientos concretos para su



realización. La dimensión relacional alude a la interacción personal que media el trabajo de cuidados y a la capacidad de sostener el vínculo, lo que implica la relación con la persona cuidada, pero también con otros actores, como la familia, el personal de salud, etc. El factor emocional se refiere a la gestión de los sentimientos y la carga afectiva asociada al cuidado, la delimitación del rol de la cuidadora y sus implicancias, que asumen una complejidad particular en el acompañamiento al final de la vida.

Metodología

El artículo se centra en una parte del trabajo de campo desarrollado en el año 2023 en el marco de un proyecto de investigación¹¹ interdisciplinar de más amplio alcance cuyo objetivo general fue identificar continuidades y transformaciones impulsadas por la pandemia de covid-19 en la demanda, condiciones laborales, regulación y valoración de los cuidados remunerados en diversas regiones de Argentina. El estudio se llevó a cabo en siete aglomerados urbanos de diferentes regiones geográficas del país: Ciudad de Buenos Aires, Mar del Plata, Tandil, Bahía Blanca, Santiago del Estero, el Área Metropolitana de Buenos Aires y Río Gallegos. La investigación es el resultado de la asociación entre diversos grupos de trabajo¹² con trayectoria previa en el campo de los cuidados remunerados, que trabajaron de manera colaborativa en las distintas etapas del proyecto (diseño, relevamiento y análisis).

A partir de una estrategia metodológica multimétodo que combina enfoques cualitativos y cuantitativos, el estudio se propuso relevar las modificaciones en los sentidos del trabajo, la multiplicación de funciones y las especificidades que atravesaron cinco ocupaciones del cuidado remunerado: enfermería, docencia en nivel inicial, cuidados de niños, niñas y personas mayores en casas particulares, cuidados en residencias de larga estadía.

Para la recolección de los datos primarios, el proyecto contempló la realización de entrevistas en profundidad y una encuesta no probabilística autoadministrada online. En total, entre mayo y septiembre de 2023 se realizaron más de 100 entrevistas (por videollamada y de manera presencial) entre las cinco ocupaciones del cuidado exploradas con el propósito de relevar su percepción sobre las tareas que realizan, aspectos sobre las relaciones sociales y las emociones que se ponen en juego en la práctica del cuidado. El interés detrás de este enfoque radica en captar las subjetividades, opiniones y vivencias que las trabajadoras han transitado tras el impacto de la pandemia. Las entrevistas se realizaron en las siete regiones exploradas, aplicando un muestreo mediante el sistema de "bola de nieve", a partir de contactos de informantes clave, organizaciones sindicales, instituciones de formación con las que se contaba previamente, por lo que participaron todos los grupos de trabajo que integran el proyecto. Una

¹¹ Picto-Género "Jerarquización de los cuidados remunerados en Argentina. Transformaciones, continuidades y propuestas en pandemia y pospandemia", FONCyT-UNMdP Directora Romina Cutuli y PUNQ "Los cuidados sanitarios en contextos de crisis: transformaciones y continuidades (Argentina, siglos XX y XXI)" Directora Karina Ramacciotti.

¹² Ellos son: Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)-grupo coordinador-, Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN), Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE), Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA).



vez transcritas las entrevistas, se codificaron los testimonios utilizando las categorías definidas para el análisis, permitiendo la comparación de los datos cualitativos relevados.

Con el fin de relevar información sobre las condiciones de trabajo, se diseñó una encuesta no probabilística autoadministrada online que se llevó a cabo entre el 12 de octubre de 2023 y el 5 de enero de 2024. La encuesta fue difundida por redes sociales, sindicatos y organizaciones de la sociedad civil del sector de cuidados. Unas 637 personas han respondido el cuestionario de manera completa. Estaba compuesta por 58 preguntas y las principales variables a relevar fueron: características sociodemográficas; características de la inserción laboral, condiciones y riesgos psicosociales del trabajo; conciliación entre trabajo remunerado y no remunerado; conocimiento sobre derechos laborales; opinión y relaciones con instituciones laborales y con el Estado; el uso de TICs y las transformaciones ocurridas a partir de la pandemia por covid-19. De las 637 respuestas que componen nuestra base de trabajo, el 94% son mujeres. Con respecto a las ocupaciones relevadas, el 32% de las personas que contestaron la encuesta realiza cuidados comunitarios, el 23% es docente (nivel inicial y maternal), el 18% trabaja en el sector de enfermería, el 16% cuida a personas mayores en casas particulares, el 8% cuidan niñas/os en casas particulares, y el 3% ejerce el cuidado en instituciones (residencias geriátricas). También se relevó el ámbito de inserción (estatal, privado), el nivel de calificación (en el caso de enfermería, auxiliar, técnico, profesional), y el tipo de inserción en el caso del trabajo en casas particulares (con retiro o sin retiro).

Para realizar este artículo, hemos seleccionado del corpus total de entrevistas realizadas en el marco del proyecto, específicamente, las 50 entrevistas¹³ que se refieren a ocupaciones del cuidado formal al final de la vida; estas son: cuidado en casas particulares a personas mayores (22 entrevistas), sector de enfermería (20 entrevistas) y cuidado en residencias de larga estadía (8 entrevistas). Es decir, el presente análisis posa la mirada en la situación de trabajadoras/es que realizan cuidados formales hacia el final de la vida en domicilios, así como en instituciones públicas y privadas (hospitales, centros de salud, residencias geriátricas) en las diversas regiones que aborda el proyecto. De la selección de 50 personas entrevistadas, 47 han sido mujeres y 3 varones¹⁴. Los nombres de las personas entrevistadas han sido modificados por seudónimos para garantizar su anonimato. A modo complementario, y para visibilizar cuestiones precisas sobre las condiciones laborales y el nivel de formación del sector estudiado, en el presente artículo recuperamos información recabada a través de la encuesta digital, específicamente los datos referidos a quienes se desempeñan en el cuidado de personas mayores en la enfermería, en casas particulares y en residencias de larga estancia.

El último respiro

Según gran parte de las trabajadoras entrevistadas, sus tareas consisten en aliviar el dolor físico, brindar cuidados dignos hasta “el último respiro” y dar apoyo al entorno familiar. Estas

¹³ La mayor parte de las entrevistas seleccionadas fueron realizadas por las autoras del presente artículo.

¹⁴ En el artículo se utilizará el género gramatical femenino para hacer referencia a las personas entrevistadas a los fines de visibilizar la feminización.



situaciones las marcan y dejan huellas; más profundas entre quienes lo viven por primera vez; menos profundas o más naturalizadas entre quienes cuentan con más experiencia. No obstante, no las olvidan, las recuerdan, las sienten y necesitan contarlas. Las trabajadoras acompañan de cerca las transformaciones de quienes van transitando el proceso del final de la vida.

La experiencia de Laura, cuidadora en residencia de larga estadía en la Ciudad de Buenos Aires, refleja la relevancia del rol de acompañamiento en el final de la vida. Enfatiza el trabajo realizado en la rutina diaria para evitar que el adulto transite este momento en soledad. Las costumbres en el mundo occidental a partir de mediados del siglo XX han corrido los fallecimientos a los hospitales y a espacios alejados de la cercanía de familiares (Ariès, 1999); el personal de salud pasó a tener un rol más cercano en los procesos que conducen a la muerte y suelen referir la importancia en torno a que las personas no fallezcan en soledad:

Lo más gratificante que hemos tenido nosotras es tomarlo de la mano en el último respiro. Saber que no se van solos. Hemos estado muchas de nosotras -no solamente yo- en el final. Nos organizamos para evitar la soledad: "María tú te quedas acá con Juanita. Mientras tanto yo me ocupo del comedor. Esther tú que eres la cocinera, ¿nos das una mano? Entonces, sabemos que esa persona no está sola."¹⁵

Según la experiencia de Laura, el acompañar y evitar la soledad caracterizan su práctica laboral, no solamente a través de la propia presencia individual, sino también realizando gestiones con otras compañeras de la institución para garantizar el cuidado. Esta preocupación da cuenta de la relevancia de la dimensión relacional.

Carolina, enfermera en una clínica privada en Mar del Plata, al referir a su rol de acompañar a "terminales"¹⁶ evoca que varios pacientes la esperaban para fallecer con ella. Según sus recuerdos:

El paciente se está muriendo, pero no lo hace con cualquier persona, con cualquier familiar, elige puntualmente con quien irse. Yo eso lo aprendí hace muchos años, cuando mi primer paciente falleció. Me pide que haga salir la familia de la habitación y que me quede con ella, me dice: dame la mano, me dice gracias y falleció. Es fuerte".¹⁷

Si bien es difícil confirmar su hipótesis sobre las elecciones que realizan las personas al fallecer, estas palabras de Carolina dan cuenta del dramatismo del momento y los recuerdos vividos que rodean estar en ese tipo de situaciones. Es probable que darle un lugar tan destacado a su acompañamiento en momentos críticos permita encontrar un sentido tanto a la vida como a su propia labor.

¹⁵ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Laura, cuidadora en residencias de larga duración en la Ciudad de Buenos Aires, 48 años, el 31/05/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

¹⁶ Paciente terminal se ha considerado como aquel paciente quien se encuentra críticamente enfermo, cuya muerte será inevitable en fecha cercana, a pesar de todos los esfuerzos a nuestro alcance para mejorar su salud.

¹⁷ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Carolina, enfermera en una clínica privada en Mar del Plata, 57 años, el 02/06/2023, Mar del Plata, Argentina.

Además de los cuidados a la persona que fallece, la preparación y la comunicación a los familiares son otra ocupación destacada que surge de las entrevistas. Si bien en la división de tareas al interior de los equipos de salud son los profesionales de la medicina quienes comunican el deceso y suelen hacerlo a partir de ciertas recomendaciones, es muy habitual que el sector de enfermería y cuidadoras esté más cerca del momento del final de la vida (Gilligan & Ramacciotti, 2022). Martín, enfermero del hospital público de Tandil, señala que:

Cuando sucede el fallecimiento hay una cuestión cultural para recibir a la familia y asistir. El momento previo se puede anticipar con la familia. A veces no da el tiempo, pero hay que ofrecer la asistencia o acompañamiento profesional para que no sea tan difícil y lo puedan sobrellevar mejor.¹⁸

El testimonio de Martín relativo a su accionar profesional como enfermero en momentos previos a la muerte refleja la postura desde la ética del cuidado al considerar el contexto sociocultural y, pese a que manifiesta dificultades por falta de tiempo, procurar poner en el centro la labor de contención y preparación de la familia ante la inminente pérdida, como parte integral de la asistencia que brinda.

Patricia, enfermera que trabaja en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, refuerza la importancia de contener tanto al paciente como a la familia. Dado que, en situaciones de cuidados críticos, el paciente está cada vez más ausente por el efecto de la sedación, el acompañamiento es prioritario para la familia, quienes pasan por momentos de ansiedad, angustia e incertidumbre. No obstante, Patricia se esfuerza por “mantener la distancia”, “me involucro, pero no al punto de estar llorando con ellos porque nosotros ante todo somos profesionales”¹⁹. Su profesionalismo radica en mantener una línea muy delgada entre “acompañar”, “estar”, pero al mismo tiempo no demostrar sus sentimientos.

Estas palabras de Patricia nos llevan a reflexionar sobre cómo se procesa el impacto emocional de quienes cuidan en situaciones del final de la vida. En la mayoría de los testimonios se reconoce que si bien se lidia con la carga emocional del fallecimiento (especialmente en los primeros años laborales), se termina naturalizando la muerte y se marca una distancia que no implica insensibilidad. En los relatos, como señalamos para el caso de Patricia, esta posición se asocia con el accionar profesional. Refieren el impacto de las pérdidas, la vorágine laboral y la multiplicidad de tareas. Julieta, cuidadora en una residencia de larga estadía en Tandil, reconoce que sus primeras situaciones ante casos de fallecimiento la afectaron. Particularmente recuerda una mujer quien era autónoma, se cayó, quedó en silla ortopédica, contrajo una neumonía y falleció. Julieta narra las etapas del proceso del deterioro en personas mayores y las modificaciones que llevan hasta el deceso:

Ves los cambios, los olvidos, los dolores, menos ganas, menos alimentos.

¹⁸ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Martín, enfermero en Hospital Público de Tandil, 45 años, el 01/09/2023, Tandil, Argentina.

¹⁹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Patricia, enfermera de hospital público en Ciudad de Buenos Aires, 38 años, el 23/06/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Evitamos trasladar al hospital, se quedan en la sala de cuidados. Cuando fallece se avisa a la familia y a la Casa Fúnebre para iniciar los rituales. Además, tenés que seguir atendiendo al resto que aún están con vida, no podés andar llorando.²⁰

Al igual que en el relato de Martín, Julieta alude a la sobrecarga laboral, que en este caso se interpone en la gestión emocional de la pérdida. Ser partícipe del proceso del deterioro de una persona, seguir cumpliendo las múltiples faenas vinculadas al cuidado de quienes siguen con vida, de quienes fallecen y acompañar a familiares, para el caso de Julieta, sirve para estar ocupada y pasar el dolor lo más rápido posible. En coincidencia con Julieta, Marta, enfermera comunitaria en Tandil, narra que las diversas realidades que se viven en un centro sanitario llevan a tener que cambiar rápidamente el foco de atención y los sentimientos. Ejemplifica:

A veces es abrupto, estás despidiendo a alguien, acompañando a un familiar o preparando a la persona porque viene la empresa fúnebre, y luego entrás en otra habitación porque un paciente se va de alta porque fue operado con apendicitis. Lo trabajás como podés.²¹

Los testimonios anteriores indican que la sobrecarga laboral y el ritmo acelerado de trabajo característico en las instituciones afectan directamente la calidad de la asistencia a la familia de la persona que fallece y, al mismo tiempo, provocan que el personal deba gestionar “como puede” el proceso del fallecimiento.

No obstante, otros relatos se vinculan con momentos en que el dolor aflora. Ana, cuidadora en residencias de larga estadía en Mar del Plata, recapitula situaciones en las que se encuentra caminando y se le caen las lágrimas: “tenés que desahogarte porque son momentos duros que alguien se vaya, y más solos”.²² Como en la entrevista de Laura, la soledad al finalizar la vida aparece como una situación no deseada, que recrudece la angustia del momento.

Los fallecimientos son relatados como “pérdidas” y dicho término se asocia a la conexión emocional que existe entre quien cuida, es cuidado y su entorno. La estrecha relación entre la dimensión relacional y emocional del trabajo de cuidados atraviesa las experiencias de las trabajadoras entrevistadas. Sin embargo, se observan diferencias en la práctica del cuidado entre quienes trabajan en hospitales y residencias geriátricas y quienes cuidan en domicilios particulares. Como señalamos previamente, la muerte del paciente y el proceso de acompañamiento a la familia se ven interrumpidos en las instituciones por dinámicas laborales como la sobrecarga de tareas, mientras que se da el escenario inverso en el caso de las cuidadoras en casas particulares. Por ese motivo, recurren a otras estrategias para gestionar los sentimientos ante la pérdida.

²⁰ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Julieta, cuidadora en residencia de larga estadía en Tandil, 35 años, el 16/09/2023, Tandil, Argentina.

²¹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Marta, enfermera comunitaria en Tandil, 49 años, el 28/08/2023, Tandil, Argentina.

²² Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Ana, cuidadora en residencia de larga estadía en Mar del Plata, 50 años, el 17/05/2023, Mar del Plata, Argentina.

Cristina, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Mar del Plata, vive con tensión la dualidad de ser amable y afectuosa para entablar el vínculo con la persona cuidada y, al mismo tiempo, mantener distancia. Según ella, “lo ideal sería trabajar no más de un año con una persona y cambiar de domicilio” para evitar crear lazos fuertes con el entorno familiar. Ella es la mediadora de la comunicación entre la persona cuidada y su familia “hablo por teléfono con los nietos de España y me dicen ‘hola Cristina, ¿cómo está la abuela? Contame’, yo les cuento y así conozco a toda la familia. Pero es medio imposible no hacerlo. ¿Me entendés?”.²³ La distancia en la conexión afectiva y la duración en el vínculo se plantean como estrategia para evitar el impacto emocional que puede conllevar el ejercicio del cuidado y, a su vez, se postulan como requisitos para ofrecer un “buen cuidado”, un servicio de calidad. Además de la duración del vínculo, en más de una oportunidad las cuidadoras se refieren al concepto de “distancia óptima” como horizonte a perseguir a la hora de ejercer el cuidado de calidad. Se trata de un trabajo constante que se construye con el tiempo en el que se establece una cercanía con la persona cuidada, que permite conectar con las experiencias y sentimientos, pero al mismo tiempo se desarrolla la capacidad de separarse para poder pensar y garantizar el derecho a cuidar (Scolni, 2018).

La medicalización, la tecnología médica y el alargamiento de la vida conducen a situaciones que suelen ser vistas por la medicina como un “éxito”, pero que no contemplan, a pesar de la ley mencionada previamente, la estructura de cuidados, en muchas ocasiones en los hogares, que implica sostener en el tiempo ese supuesto logro de la medicina. Es el caso de lo que narra Pilar, enfermera de un hospital público pediátrico en la Ciudad de Buenos Aires al que concurren familiares (pero predominantemente madres) que vienen de otras provincias para realizar tratamiento de cáncer y trasplantes con sus hijos e hijas. Suelen estar por extensos períodos de tiempo. En ocasiones vuelven a sus domicilios, pero con cuidados paliativos. Son situaciones delicadas ya que se retorna, pero con un familiar en un estado que no esperaban y sin la estructura de cuidados que necesitan. “Muchas madres no esperan llevar a sus hijos con cuidados paliativos”.²⁴ Entonces, la muerte hospitalizada, difundida en la segunda mitad del siglo XX, se combina con la muerte en los hogares descrita por Natalia Luxardo a partir del incremento de fallecimientos por razones de enfermedades neurodegenerativas y de cáncer, pero que conllevan una cantidad de tareas que suele recaer entre familiares, principalmente en las mujeres (Luxardo, 2011). Estas advertencias no devienen en una imputación a la medicalización en el final de la vida en sí misma, sino que revelan la importancia de tener en consideración las condiciones que lo hacen posible (Alonso, 2013).

Como referimos en la introducción, los marcos normativos suelen estar realizados a partir de los conocimientos de los saberes médicos; sustentados en los avances de la farmacología y respetando los derechos de los pacientes, pero las voces de quienes cuidan no están representadas. Mariana, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Mar del

²³ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Cristina, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Mar del Plata, 69 años, el 08/06/2023, Mar del Plata, Argentina.

²⁴ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Pilar, enfermera de hospital público pediátrico en la Ciudad de Buenos Aires, 44 años, el 29/05/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Plata, expresa con claridad el dilema ético sobre el alargamiento de la vida sin que se garanticen cuidados de calidad. Su reflexión remite a sus trayectorias laborales:

En general la gente a esa edad está cansada porque se alarga la vida, pero no se alarga la calidad de vida. Y hay mucha gente que dice “¿vivir tanto así, para qué?” porque encima están bien, hay gente que está bien, entonces se dice ¿y para qué? Y es una cuestión filosófica total, los médicos quieren que vivas mucho claro, es un éxito para ellos.²⁵

El trabajo de acompañamiento hasta el “último respiro” que realizan las cuidadoras se configura como un proceso demandante y cercano, en el que se ponen en juego múltiples habilidades y estrategias en el plano material, en la interacción con la persona cuidada y su entorno, y en la gestión emocional del fallecimiento. Se impone la preocupación por aliviar el dolor, evitar la soledad y brindar contención y asistencia a la familia. Esta labor, en el caso de las enfermeras y las cuidadoras en residencias de larga estadía, se realiza mientras se continúa dando respuesta a la demanda de cuidados de otras personas, por lo que la propia vorágine laboral termina delimitando el impacto emocional que conlleva el final de la vida. No obstante, el momento de la “pérdida” genera angustia y dolor, aunque se va naturalizando con el tiempo, a la par que se desarrollan estrategias, como establecer distancia en el vínculo con la persona cuidada, para mitigar la conmoción.

Cuidar bien

En las entrevistas y encuestas relevadas en el proyecto de investigación citado anteriormente, los testimonios de las cuidadoras giraron en torno a la idea de “cuidar bien”. Esta noción es definida como una interconexión entre los saberes técnicos necesarios, la importancia de mantener los roles y la gestión del vínculo afectivo que implica una atención personal constante o intensa, dirigida a mejorar el bienestar de sus destinatarios.

Según los datos de la encuesta digital, para las enfermeras y cuidadoras en casas particulares de personas mayores, “cuidar bien” significa principalmente “Mejorar la vida de las personas que reciben mis cuidados”; para las cuidadoras en instituciones, esa fue la segunda opción más elegida, estimando que lo más relevante es “Tener vocación, empatía”. En las 50 entrevistas que conforman el corpus de análisis de este artículo, estas consideraciones también orbitan alrededor de la definición del “buen cuidado”. Como veremos en mayor profundidad, en la percepción de las trabajadoras se entrecruzan las dimensiones relacional, emocional y material del trabajo de cuidados.

Las cuidadoras en casas particulares a personas mayores consideran que la capacidad de ser paciente es la principal condición para el buen desempeño en el trabajo. Seguidamente, la formación es otro de los principales requisitos valorados. En tercer lugar, la empatía, la implicación en las tareas, el desarrollo de un trabajo proactivo y atento, moldeado en función

²⁵ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Mariana, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Mar del Plata, 59 años, el 20/09/2023, Mar del Plata, Argentina.

de las patologías, trayectorias vitales e intereses de las personas son condiciones necesarias para brindar un “buen cuidado”.

Por su parte, para las profesionales de enfermería la empatía es un aspecto fundamental.²⁶ En segundo lugar aparece el rol de acompañamiento, contención y escucha, y en tercer orden la importancia de la formación. Asimismo, en el caso de las cuidadoras en residencias de larga estadía, la paciencia y el respeto son las cualidades más nombradas a la hora de valorar el ejercicio del “buen cuidado”.

En las tres ocupaciones analizadas en este artículo, la dimensión relacional ocupa un sitio privilegiado en la definición del “buen cuidado”. Las cuidadoras desarrollan habilidades y estrategias de comunicación para llevar a cabo su labor, teniendo en cuenta las posibilidades, las necesidades y la trayectoria de vida de la persona cuidada, tanto las cuestiones físicas como las psicológicas. Sonia, enfermera de hospital público en Tandil, hace alusión al difícil desafío, según la condición de las personas, de lograr una comunicación efectiva para detectar la molestia o dolencia que atraviesa un paciente, y poder ayudarlo: “Es difícil saber si tiene un dolor y dónde. Tenés que ir tirándole datos a ver si de lo que le preguntás te responde de alguna manera: cerrando los ojos, apretándote la mano, guiñándote un ojo, levantando la mano”.²⁷ La preocupación por desarrollar habilidades de comunicación, que permitan ayudar a la persona cuidada, según las posibilidades que ofrece el contexto, da cuenta de la ética del cuidado en el ejercicio de la enfermería (Yáñez Flores, Rivas Riveros, & Campillay, 2021).

En la experiencia de Paula, cuidar a una persona mayor implica la construcción de un vínculo a través del tiempo en el que el adulto pueda ir conservando su autonomía, en la medida de sus posibilidades, y la cuidadora pueda ceder espacio respetando sus normas con el objetivo de entablar una relación de confianza. Esta estrategia exige comportamientos cautos por parte de la cuidadora, que debe medir sus acciones en pos de la preservación del vínculo. En palabras de Paula esta actitud facilita la práctica del cuidado:

*Entonces el vínculo se construye de a poco. Yo le doy tiempo al abuelo o a la abuela para que se vincule conmigo. Yo no pongo las reglas. Dejo que ellos las pongan, que no pierdan su autonomía en su propia casa. Ellos me mandan. Les doy tiempo, porque yo soy la que les tiene que caer bien. A mí todos los abuelitos me van a caer bien, porque es mi trabajo. Por suerte, siempre le he caído bien y eso facilita el trabajo; porque después con el tiempo ellos permiten que los baños, sea hombre o mujer... pierden un poco el pudor.*²⁸

El factor relacional se constituye en un elemento distintivo del trabajo de cuidados a personas mayores, quienes otorgan una impronta diferente en cada acto de cuidar. Una

²⁶ Entendemos la empatía como “habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento a esa persona [y] abarca aspectos cognitivos, afectivos y emocionales” (Olea Cárdenas, 2014, p. 10).

²⁷ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Sonia, enfermera de hospital público en Tandil, 51 años, el 08/09/2023, Tandil, Argentina.

²⁸ Entrevista realizada por integrante del grupo de trabajo a Paula, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Avellaneda, 59 años, el 13/06/2023, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

vez más, en los tres espacios laborales estudiados aflora la preocupación de las cuidadoras por adaptarse a los contextos particulares de las personas cuidadas. En este sentido, Mariana refuerza que es necesario:

Ubicarte en el tiempo y en el tipo de vida que esa persona tuvo, porque no es lo mismo cuidar, hablar y sacar de su encierro personal a un sacerdote que a una madre de ocho hijos, a una persona que fue dentista, o una que fue esquiadora y anduvo por todas partes del mundo, son situaciones muy diferentes.²⁹

En la conceptualización del “cuidar bien” la paciencia es una característica que atraviesa a todas las entrevistas. Sin embargo, “ser paciente” adquiere significados diferentes según el relato, lo que expresa el carácter subjetivo del término. A modo de ejemplo, para Jimena, enfermera en un centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires, tener paciencia es “tratar de amenizar el momento, mirar a los ojos, tener capacidad de escucha”.³⁰

Otro eje que unifica las experiencias de cuidados es indicar la importancia de contar con conocimientos para el cuidado, pero los mismos se refuerzan con la práctica en los espacios laborales. Entre los cuidados de resolución específica el personal entrevistado refiere a limpieza del paciente, alimentación, cambiado de pañales (si fuera necesario), control y cura de escaras, dar medicación, control de síntomas y signos vitales y cuestiones más específicas como alimentación parenteral, inyecciones, sondas. Si bien la práctica laboral es vista como un terreno clave para aprender y afianzar saberes, existen diferencias en las trayectorias educativas entre los sectores. Según la encuesta, casi la totalidad de las/os enfermeras/os completó estudios superiores (terciarios o universitarios), un 33,1% de las cuidadoras en casas particulares a personas mayores terminó la educación superior y el 59,4% de las cuidadoras en instituciones tiene estudios superiores completos.

La enfermería cuenta con un proceso de profesionalización compuesto por un ciclo de tres años para obtener la tecnicatura y dos años más para contar con el título universitario (Ramacciotti & Reyna, 2024). Las cuidadoras señalan la importancia de la práctica laboral y el quehacer cotidiano como vía de internalización de saberes. Ana cuenta cómo sus conocimientos fueron adquiridos: “en la práctica laboral aprendí pasar un glucómetro, aplicar las insulinas, conocer los valores, hacer curaciones de escaras, todo lo que sea”. De las entrevistas se desprende que es escasa o nula la preparación para enfrentar situaciones ligadas al final de la vida. Patricia lo expresa con claridad: “siento que lo aprendí en el trabajo, en la praxis. Te tiene que pasar como para que lo sepas”³¹. Su espacio de capacitación lo refiere a la misma práctica profesional. “Si bien me han dicho que cuando muere un paciente se hace “así” o se hace “asá”, una tiene que pasarlo para saber qué y cómo hacerlo y también intentar que

²⁹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Mariana, cuidadora en casas particulares a personas mayores en Mar del Plata, 59 años, el 20/09/2023, Mar del Plata, Argentina.

³⁰ Entrevista realizada por integrante del grupo de trabajo a Jimena, enfermera en un centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires, 44 años, el 31/05/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

³¹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Patricia, enfermera de hospital público en Ciudad de Buenos Aires, 38 años, el 23/06/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

no te afecte tanto porque al principio es muy difícil". En esta misma línea, Sandra, cuidadora en casas particulares a personas mayores que se desempeña en Tandil, refiere la importancia de "tener formación". La formación no es solo para referirse a la parte técnica sino también para enfrentar situaciones delicadas del vínculo afectivo: "Si no tenés una buena formación es como que confundís los roles".³²

A partir de los testimonios se observa que las trabajadoras de las tres ocupaciones del cuidado analizadas valoran la importancia de la capacitación en su área, no sólo en relación a la adquisición de conocimientos y técnicas para ejercer la dimensión material del cuidado, sino también como vía para conocer los límites de la función y delimitar las tareas técnicas de las afectivas. En este sentido, el aspecto relacional se destaca en todos los espacios laborales en tanto la capacidad de escucha, estrategias para la comunicación efectiva y la construcción del vínculo teniendo en cuenta el contexto personal son elementos destacados en los testimonios. En el caso de las habilidades de gestión emocional para afrontar la situación específica del cuidado al final de la vida, estas son aprendidas principalmente en la práctica profesional. En algunos casos, los espacios de formación han sido costeados por las mismas trabajadoras, tal como recuerda Ana, quien pagó todos sus cursos; al igual que sucede, como veremos más adelante, con la contratación de servicios de atención psicológica.

Caricias al alma

Dada la especificidad de las ocupaciones de cuidados, cobra relevancia dimensionar el lugar de la afectividad en el ejercicio del cuidado hacia el final de la vida. Tal como lo han señalado Francisca Pereyra y Ariela Micha las labores de cuidado tienen como objetivo garantizar el bienestar físico o biológico de las personas, y también el emocional, intelectual, social y espiritual (Pereyra & Micha, 2016). En función de esta característica, uno de sus componentes principales está asociado a la cercanía y al trato cotidiano y directo con los pacientes, es decir, al ejercicio de una profesionalidad en cuyo centro se encuentra el intercambio entre individuos, la dimensión relacional del trabajo de cuidados. Tareas como hablar o escuchar, así como la manifestación de interés, simpatía, atención y empatía, son elementos centrales para un buen ejercicio de la profesión.

El aspecto relacional del ejercicio del cuidado aparece intrínsecamente enlazado a su dimensión emocional, y esta transversalidad se puede observar en los testimonios de las cuidadoras. La mayor parte de las entrevistadas del sector de enfermería considera que se construye un vínculo afectivo con la persona cuidada. De hecho, en algunos casos, la afectividad se presenta como una cuestión medular en el ejercicio de la profesión, es decir, como una condición que define la calidad del cuidado. Tal como lo describe Carolina: "Si no hay un vínculo afectivo, no lo cuidas, o sea, siempre te terminas involucrando con tu paciente,

³² Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Sandra, cuidadora en casas particulares a adultos mayores en Tandil, 55 años, el 12/09/2023, Tandil, Argentina.

con algunos más, con algunos menos, pero si vos no te involucras a nivel sentimental no podes brindar una buena atención”.³³

El enfoque de la ética del cuidado permite incorporar la noción de que el trabajo de cuidado es, ante todo, una actividad contextualizada y compuesta por múltiples dimensiones. Una de estas aristas es justamente su configuración en tanto trabajo emocional, elemento central que caracteriza las relaciones entre cuidadoras-persona cuidada incluso en el ámbito formal y remunerado (Arango & Molinier, 2011). Como vimos anteriormente, esta perspectiva desnaturaliza la asociación mujeres-cuidado, y pone el foco en la preocupación por responder a las necesidades de otros.

En este artículo demostramos que el acento en la afectividad está ligado a los preconceptos de los estereotipos de género. Según la encuesta referida anteriormente, las cifras son contundentes en torno a la feminización: de las 637 personas que participaron, el 90,4% de los profesionales de enfermería que respondieron fueron mujeres, porcentaje que asciende al 91,7% en el caso de las cuidadoras en casas particulares a personas mayores y representa un 87,5% de las cuidadoras en instituciones. Desde una perspectiva histórica se ha demostrado cómo el desarrollo de la sociedad mercantil implicó una nueva noción de domesticidad que se basa en la idea del trabajo doméstico y de cuidados como responsabilidad de las mujeres (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011). Dicha feminización de las tareas de cuidados está asociada a que ellas portarían, por su condición biológica, mayores cualidades de afecto y, por lo tanto, las tareas de cuidados serían más “naturales”. Si las mujeres por su naturaleza pueden ser madres, poseen una serie de atributos físicos y emocionales que las vuelven particularmente diestras para realizar todos los quehaceres domésticos y para cuidar a otras personas. La delicadeza, la tolerancia a la repetición de actividades, la paciencia y la dulzura se conciben como cualidades innatas de la condición femenina (Martin, Queirolo, & Ramacciotti, 2019). Esto deviene en la presencia predominante de mujeres en labores vinculadas al trabajo de cuidados. Sin embargo, el mercado jamás reconoció los atributos de la feminidad como una calificación que merecía ser remunerada, sino que inversamente los trató como atributos naturales que no retribuyó (Hirata & Kergoat, 1997). En los hechos, este proceso permitió, por un lado, garantizar la provisión del cuidado de manera gratuita y por otro lado, condujo a la desvalorización de las tareas reproductivas y a la segregación de las mujeres en el mercado laboral (Rodríguez Enríquez, 2005).

Al analizar las entrevistas, es Julia quien expresa con mayor claridad la feminización de la enfermería. Pone como ejemplo la conmemoración en el Día de la Enfermería, cuando los gremios, que suelen estar dirigidos por varones, envían un correo electrónico “espantoso” con fotos o dibujos con figuras de mujeres que ejercen dicha labor. Según ella, “los gremios suelen pensar: estas mujeres estuvieron toda la vida cuidando pibes, hermanos, abuelos de chiquitas”. Que les paguemos dos pesos cincuenta para que sigan cuidando personas no es

³³ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Carolina, enfermera en una clínica privada en Mar del Plata, 57 años, el 02/06/2023, Mar del Plata, Argentina

nada para ellas, deben estar acostumbradas".³⁴ En sus palabras, Julia liga la asignación histórica del cuidado en tanto tarea femenina como argumento explicativo de la precarización laboral.

En los testimonios de las cuidadoras se puede ver con mayor nitidez la tensión entre supuestas dotes que portan las mujeres para cuidar y la remuneración no acorde con la labor. Ejemplo de ello pueden ser las palabras de Lucía, cuidadora en casas particulares a adultos mayores en Avellaneda, quien refiere que a pesar de que "le paguen bien o le paguen mal, igual está en uno el cuidar, el ayudar. Cuando me pagaban poco igual iba y hacía el mismo trabajo y estaba contenta".³⁵ En este relato se impone la dimensión emocional del cuidado. Para Lucía el trabajo conlleva el sacrificio de poner el cuerpo, controlar las propias emociones en pos del bienestar del otro, independientemente de la retribución que se reciba. Valeria, cuidadora en casas particulares a adultos mayores de Mar del Plata, es quien liga con claridad las dificultades materiales para llegar a fin de mes, pero demuestra estar conforme con las tareas realizadas: "no llegas a fin de mes, pero vivís más o menos haciendo lo que te gusta y trabajando con personas". Por su parte, las enfermeras, si bien se refieren a las cuestiones afectivas y a cómo las condicionan a la hora de tomar una decisión laboral, pueden reconocer con mayor énfasis la importancia de la retribución material. Tal como sostiene Natalia, enfermera de Tandil: "Es importante en la realización personal sentirse valorados, sentirse que implica tiempo a tu capacitación, pero también es importante el salario digno y una carga horaria que permita mantener una actividad física y cuidar tu salud".³⁶

Retomando los datos de la encuesta, la respuesta más elegida en las tres ocupaciones del cuidado analizadas en relación al aspecto más relevante para mejorar su trabajo fue "Que se pague mejor", mientras que las otras opciones mejor valoradas fueron "Que mejoren las condiciones laborales (trabajo registrado, vacaciones, jubilación, licencias, horarios, etc.)", por parte de las cuidadoras en casas particulares y en instituciones, y "Tener mejor formación/más capacitación" por parte de las enfermeras. En cuanto al nivel de ingresos, se observan diferencias entre los sectores analizados según la encuesta. El 81,3% de las/os enfermeras/os cuenta con ingresos medios (38,3%) o altos (43%). En el caso de las/os cuidadoras/es en casas particulares, el 55,6% tiene ingresos bajos, el 40% medios y solo el 4,4% cuenta con ingresos altos. Entre las cuidadoras en instituciones encuestadas, aproximadamente la mitad tiene ingresos medios (47,4%), un 36,8% ingresos bajos y el 15,8% restante registra altos ingresos.

Al profundizar en las entrevistas, además del escaso reconocimiento material de su tarea y las precarias condiciones laborales, sale a la luz el desamparo que enfrentan al intentar garantizar por sus propios medios el acceso a la asistencia psicológica y el acompañamiento para atravesar momentos difíciles de su trabajo. En el marco de la gestión de las propias emociones, la capacidad de la cuidadora de "separar" su vida personal al momento de ingresar

³⁴ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Julia, enfermera en sanatorio de gestión privada en la Ciudad de Buenos Aires, 56 años, el 23/06/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

³⁵ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Lucía, cuidadora en casas particulares a adultos mayores en Avellaneda, 54 años, el 31/09/2023, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

³⁶ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Natalia, enfermera que trabaja en la Secretaría de Salud Comunitaria en Tandil, 53 años, el 30/09/2023, Tandil, Argentina.

al domicilio de la persona mayor se impone como una cuestión fundamental. Elena, cuidadora en casas particulares para adultos mayores en Santiago del Estero, expresa:

*Sabemos que, si estamos pasando problemas, debemos dejarlos afuera. Cuando vamos a cuidar al paciente, afuera queda la vida cotidiana de nuestras familias, pero llegando a la puerta del paciente, hay que estar bien psicológicamente para ir a cuidar a un ser humano, nosotras tenemos que estar bien.*³⁷

Sin embargo, la falta de contención y valoración del trabajo de las cuidadoras, tanto en el aspecto salarial como en el acompañamiento terapéutico, evidencia la desprotección y la desatención que enfrentan, situación que se vio agudizada en el contexto de emergencia sanitaria.

Las situaciones críticas demandan, por parte de quienes cuidan, estrategias para poder resolverlas. La pandemia de covid-19, los cambios implementados en las rutinas laborales, la sobrecarga de tareas y haber protagonizado un lugar clave tanto en el cuidado como en el acompañamiento de la muerte en un contexto de altos niveles de contagio y mortalidad son recordados como momentos de mucha carga emocional que fueron enfrentados a través de diversos medios. Hubo quienes recurrieron al humor y otras a sesiones de terapia, costeadas de forma privada. Julia, enfermera de un sanatorio de gestión privada de la Ciudad de Buenos Aires, refiere:

*Yo no podía más. Me iba al baño a llorar porque no aguantaba. Veía a los pacientes muy solos, nos veían a nosotros, que tampoco nos podían ver por el uso de los equipos de protección personal. Me acuerdo que una vez yo me puse un cartelito. "Hola, soy Julia" y mi jefe me lo hizo sacar, que me dijo "sacate esa ridiculez", ah, ¿sí? Yo no me la voy a sacar. Y no me la saqué. Porque no da una buena imagen en la clínica. A mí me afectó muchísimo. Me afectó y me afecta, porque no uno no deja tener sensibilidad. Todos sabemos sobre la muerte y demás. El trabajador de la salud tiene un humor negro porque es el único mecanismo que tiene de escape.*³⁸

Tal como se ha registrado en otras investigaciones cualitativas sobre el impacto y riesgos psicosociales de la pandemia en el personal de salud (Alzina, 2023; Ramacciotti, 2023; Sy et al., 2023), el aumento de la angustia y estrés en un marco de sobrecarga laboral (especialmente en la atención de los casos más agudos durante la pandemia), la impotencia ante el incremento de la mortalidad y la frustración de presenciar cómo los pacientes fallecían sin poder despedirse de sus familiares atraviesan la experiencia de las trabajadoras, en particular de las enfermeras y cuidadoras en residencias de larga estadía. Las sensaciones de frustración y

³⁷ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Elena, cuidadora en casas particulares a adultos mayores en Santiago del Estero, 60 años, el 30/07/2023, Santiago del Estero, Argentina.

³⁸ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Julia, enfermera en sanatorio de gestión privada en la Ciudad de Buenos Aires, 56 años, el 23/06/2023, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

angustia se entremezclan con la presión marcada por la obligación de adaptarse a los tiempos institucionales y a los escasos recursos disponibles.

En contraposición con la desprotección laboral, las relaciones precarias y la falta de reconocimiento material, las entrevistadas valoran como aspecto gratificante el agradecimiento por parte de pacientes y familiares. Carolina relata:

Es un honor que alguien te elija para el último momento de su vida. Son caricias al alma, yo me siento bendecida, me siento engrandecida. Hoy por hoy que me ha pasado de estar caminando por la calle y que alguien me pare, yo no recuerde quien es, y me diga: "¿Te acordás cuando me cuidaste? ¿Te acordás cuando hiciste tal cosa o te acordás de tal otra?" Son caricias al alma, eso no se cierra, se guardan siempre en el corazón.³⁹

Además del agradecimiento, la satisfacción tras haber realizado un "buen cuidado" y la posibilidad de trabajar en el ámbito de interés son los otros dos aspectos más destacados. En este sentido, para Sonia el reconocimiento por su trabajo es un aspecto importante que enriquece su labor profesional a punto tal de entenderlo como un complemento a la retribución económica: "A veces te quedan esas cosas y anécdotas que te llenan como profesional, de que lo atendiste bien y lo reconocen. No es solo lo material, sino lo humano".

Cuando aluden a los aspectos más gratificantes de la tarea las entrevistadas destacan el agradecimiento de la persona cuidada y de la familia, los aprendizajes y conocimientos que adquieren a través de la interacción con las personas mayores, la satisfacción al verlos felices y la construcción del vínculo afectivo. Lucía refiere "gran satisfacción de verlos que te sonríen cuando venís. Eso para mí es tremendo, ver que les hacés una diferencia en la vida".⁴⁰ La valoración positiva de la labor que reciben por parte de la persona cuidada y su familia se contrapone a la invisibilización de sus experiencias y demandas en las iniciativas legislativas.

Otras cuidadoras señalan cuestiones que se asocian a la invisibilidad del cuidado. En línea con lo propuesto por Molinier (2011) el cuidado es un trabajo que, cuando es eficaz, es esencialmente invisible: las tareas del cuidado en gran medida se mantienen invisibles mientras cumplen con su función, volviéndose visibles cuando fallan. Gabriela expresa una de estas situaciones:

Lo más gratificante es cuando están bien. Cuando los ves que están contentos, que tienen ganas de hacer cosas, que no es que "uhh mira es el final de mi vida" no, que siguen, por ejemplo, la señora ya quiere en octubre o noviembre, "¿sabes qué quiero? me quiero ir de vacaciones".⁴¹

³⁹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Carolina, enfermera en una clínica privada en Mar del Plata, 57 años, el 02/06/2023, Mar del Plata, Argentina.

⁴⁰ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Lucía, cuidadora en casas particulares a adultos mayores en Avellaneda, 54 años, el 31/09/2023, Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

⁴¹ Entrevista realizada por integrante de los grupos de trabajo a Gabriela, cuidadora en casas particulares en Mar del Plata, 49 años, 06/09/2023, Mar del Plata, Argentina.



Conclusiones

El presente artículo realiza una aproximación al trabajo de cuidados realizado hacia el final de la vida desde la perspectiva de la ética del cuidado. Bajo esta mirada, se entiende que el trabajo de cuidados es una actividad multidimensional y contextualizada, en la que se debe prestar atención tanto a quien recibe el cuidado como a quien lo brinda. En este sentido, se buscó indagar en el sentido y demandas que las propias cuidadoras formales detectan en su práctica cotidiana en el acompañamiento hacia el final de la vida. Para ello, se identificaron las dimensiones materiales, relacionales y emocionales del trabajo de cuidados, con el objetivo de echar luz sobre tensiones y desafíos que resultan ausentes a la hora de realizar cambios legislativos.

Las palabras que surgen de las entrevistas realizadas a enfermeras, cuidadoras en casas particulares a adultos mayores y cuidadoras en residencias de larga estadía tales como "Nadie te prepara para la muerte", "Te mandan a la jaula de los leones", revelan que muchas de las múltiples tareas que se realizan en el quehacer laboral se aprenden en la práctica cotidiana. De esta manera, desarrollan habilidades y estrategias en el plano material, en la interacción con la persona cuidada y su entorno, en la búsqueda de la comunicación efectiva que reflejan una actitud de preocupación por brindar ayuda. Si bien la enfermería es una profesión que porta con saberes específicos y cuenta con un proceso de profesionalización formal compuesto por tres años para la titulación de enfermería técnica y dos años más para contar con el título universitario, la mirada en torno a que ciertas labores se aprenden en la práctica y el lugar central del vínculo afectivo para el "cuidar bien" es transversal en las ocupaciones estudiadas.

Otra similitud es cómo la feminización y la naturalización de los cuidados como actividad asociada a las mujeres continúan siendo aspectos que son reconocidos como predominantes a la hora de cuidar, a pesar de que para el caso de la enfermería tiene incumbencias profesionales particulares y un corpus de conocimiento que delimita sus tareas de otras. Entonces, si bien las voces de quienes cuidan dan cuenta de un escenario marcado por herramientas profesionales disímiles, coinciden en la falta de reconocimiento material de acuerdo con las tareas y responsabilidades realizadas, especialmente marcada por salarios insuficientes y sobrecarga laboral. De la mano del reclamo por las condiciones laborales, en los relatos de las cuidadoras aparece la necesidad de contar con asistencia psicológica para gestionar situaciones difíciles que conllevan el tránsito hacia el final de la vida. El acceso a este servicio ha sido costeadado de manera privada por algunas de ellas, evidenciando la ausencia de preocupación por preservar la salud mental de las trabajadoras en su rol como acompañantes en el momento final de la vida.

En contraposición con la falta de valoración y la desprotección, las cuidadoras reconocen las "caricias al alma" y agradecimientos por parte de las personas cuidadas y sus familias como aspectos gratificantes de la actividad. No obstante, resultan insuficientes para garantizar sus necesidades básicas, aunque suelen surgir en las entrevistas como un estímulo para encontrarles algún sentido a las múltiples actividades que se realizan en el proceso de brindar bienestar físico y emocional en el acompañamiento hacia el final de la vida.



La Ley Nacional N° 27.678 de Cuidados Paliativos se centra en los derechos de las personas que están transitando un proceso de deterioro acentuado y sus necesidades de recibir un entorno favorable, pero nada dice de los derechos de quienes cuidan de manera formal y remunerada. Se postula la necesidad de desarrollar “la formación profesional de grado y posgrado, la educación continua y la investigación en cuidados paliativos”, pero en el sector que posamos nuestra mirada la posibilidad de lograr estos espacios formativos acordes a los desafíos que impone la ley se muestran lejanos y sombríos. Uno de los indicios sobre la falta de contemplación en torno a las demandas de quienes cuidan aparece en la reglamentación de la ley a mediados de 2023. Allí se profundizó en el argumento de la sobrecarga de los cuidados en el entorno familiar y en la importancia de la figura de “voluntariado”, la cual no detalla a quiénes se refiere, pero se infiere que serían las personas que puedan brindar algún tipo de cuidados de forma gratuita, aunque nada se dice respecto a sus saberes.⁴²

Entonces, el sector entrevistado en este artículo porta un lugar indiscutible y crucial en la provisión de la salud y el bienestar de las personas cuidadas, pero sus necesidades materiales y sus sentimientos de incertidumbre, miedo y cansancio no parecen ser contemplados ni por el sistema de salud ni por la legislación vigente. Como se ha señalado, no se trata exclusivamente de la responsabilidad institucional para garantizar situaciones laborales dignas en el sector, sino de la necesidad de contemplar las condiciones que hacen posible el ejercicio de cuidados paliativos de calidad.

Dadas las medidas de desfinanciamiento de políticas públicas que viene implementando el actual gobierno argentino, y la falta de garantías que aseguren la continuidad de programas como el de Cuidados Paliativos, el escenario se muestra hostil. Especialmente dificultoso resulta el fomento de políticas inclusivas y solidarias que retomen discusiones que ya estaban presentes en el debate público local, tales como la feminización de los cuidados formales, los derechos de quienes cuidan y son cuidados y la contemplación de las múltiples aristas del cuidado.

Referencias bibliográficas

Abt, A. (2006). *El hombre ante la muerte: una mirada antropológica* [Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Psicooncología, en el marco del XII Congreso Argentino de Cancerología, Sociedad Argentina de Cancerología]. https://www.socargcancer.org.ar/actividades_cientificas/2006_hombre_ante_la_muerte.pdf

Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2541-2548. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028227008>.

Alzina, P. (2023). Los miedos y las percepciones sobre la muerte del personal de salud durante la pandemia del covid-19. *Revista La Rivada*. UNaM, FHyCS, 11(21), 168-180.

Arango, L. G., & Molinier, P. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. En L. G. Arango Gaviria y P. Molinier (Comps.). *El trabajo y la ética del cuidado*. La Carreta Editores.

⁴² Véase en: Salud reglamentó la ley N° 27.678 de Cuidados Paliativos | Argentina.gob.ar

Ariès, P. (1999). *El hombre ante la muerte*. Taurus.

Batthyány, K. (2021). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Siglo XXI Editores México.

Borgeaud-Garciandía, N. (2017). *Puertas adentro: Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*. Teseo.

Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds.). *El trabajo de cuidados: historia, teorías y política*. Los Libros de la Catarata.

Cosciuc, L. P. (2023). Los cuidados en agenda. Ley de Cuidados Paliativos en Argentina: una lectura necesaria desde los feminismos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (18), 557-571. <https://doi.org/10.18002/cg.i18.7512>

Hirata, H., & Kergoat, D. (1997). *La división sexual del trabajo: permanencia y cambio*. Asociación Trabajo y Sociedad (Argentina). Centro de Estudios de la Mujer (Chile). PIETTE del Conicet (Argentina).

Lafferriere, J. N. (2023). Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e113.

Luxardo, N. (2011). *Morir en casa: el cuidado en el hogar en el final de la vida*. Biblos.

Martin, A. L., Queirolo, G., & Ramacciotti, K. (2019). *Mujeres, saberes y profesiones: Un recorrido desde las ciencias sociales*. Biblos.

Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. En L. G. Arango Gaviria y P. Molinier (Comps.). *El trabajo y la ética del cuidado*. La Carreta Editores.

Molinier, P. (2018) El "trabajo sucio" y la ética del cuidado: Historia de un malentendido. En L. G. Arango Gaviria, A. Amaya Urquijo, T. Perez-Bustos y J. Pineda Duque (Comps.). *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas*. (pp. 90-103). Universidad Nacional de Colombia; Universidad de los Andes; Pontificia Universidad Javeriana.

Olea Cárdenas, P. (2014). *La empatía en las enfermeras de cuidados intensivos de adultos con familiares de pacientes críticos*. [Tesis de Magíster, Universidad de Valparaíso]. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvscl/7731>

Pecheny, M. (2020). Derecho a la salud y covid-19 desde la perspectiva latinoamericana de la vulnerabilidad y derechos humanos. En J. P. Bohoslavsky. *Covid-19 y Derechos Humanos: la pandemia de la desigualdad* (pp. 199-214). Biblos.

Pereira, I. (2017). *Cuidados paliativos: El abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos*. Djustizia.

Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12, 221-238.

Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social.



Ramacciotti, K. (2023). *Estudiar, cuidar y reclamar: La enfermería argentina durante la pandemia de covid-19*. Biblos.

Ramacciotti, K., & Gilligan C. (2022). La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia covid-19. *Cuadernos Iberoamericanos*, 10(2), 104-120. (In Esp.) <https://doi.org/10.46272/2409-3416-2022-10-2-104-120>

Ramacciotti, K., & Reyna, C. (2024). Estudiar enfermería en Argentina: cambios y continuidades a partir de la covid-19. *Revista Ciencias Y Humanidades*, 18(1), 71-106. <https://doi.org/10.61497/fsw84q83>

Rodríguez Enríquez, C. (2005). La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas. *CIEPP - Documento de Trabajo Nro. 44*.

Scolni, M. (2018). La difícil tarea de lograr la distancia óptima en el trabajo del cuidador domiciliario. 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.

Sy, A., Alonso, V., Lorenzetti, M. I., Burijovich, J., Zóttola, L. M., Suárez, M. E., Ojeda, E. M., Stival, M., & Drovetta, R. I. (2023). Modos de producción de cuidados durante la pandemia por covid-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública. En *PISAC covid-19: la sociedad argentina en la postpandemia*. [Tomo III]. CLACSO y Agencia de I+D+d.

Tronto, J. C. (1987). Beyond gender difference to a theory of care. *Signs: journal of women in culture and society*, 12(4), 644-663

Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice. En *Caring Democracy*. New York University Press.

Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17.

Zárate, J. (2021). *Algo nuestro sobre la tierra*. Random House.

Recibido el: 28 de abril de 2025

Aprobado el: 26 de octubre de 2025

