

El cuidado como resistencia: desafíos de género en la humanización de las terapias intensivas

Care as resilience: gender challenges in the humanization of intensive care

Ana Paula Cirese

Licenciada en Terapia Ocupacional. Hospital General de Agudos Dr. Oscar E. Alende, Mar del Plata. Fundadora de Fundación Casa Eninsa (centro de salud con perspectiva de género y derechos humanos), Mar del Plata. Miembra del Comité de Género y Diversidad de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

anapaulacirese@gmail.com

Ana Paula Cirese

Resumen

El enfoque de humanización en los servicios de salud busca restaurar la dignidad de las personas al reconocer la importancia de la relación entre los profesionales y los pacientes, promoviendo la presencia y participación de la red de apoyo social en el proceso de recuperación. Sin embargo, las tareas de cuidado, que son cruciales para la recuperación de los pacientes, recaen de manera desproporcionada en mujeres, generando una feminización de las tareas de cuidado. Este fenómeno no es tenido en cuenta adecuadamente por las líneas estratégicas de humanización, perpetuando desigualdades de género en la atención sanitaria. Como parte del equipo de salud, reflexionar sobre las desigualdades de género existentes, es clave para desarrollar estrategias de salud más inclusivas y efectivas, en las que las tareas de cuidado sean vistas como una forma de resistencia y un elemento esencial para la supervivencia.

Palabras clave: terapia intensiva, tareas de cuidado, red de apoyo social, humanización.

Abstract

The humanization approach in healthcare aims to restore individuals' dignity by emphasizing the importance of the relationship between professionals and patients and promoting the involvement of social support networks in the recovery process. However, caregiving—which is crucial for patient recovery—disproportionately falls on women, leading to a feminization of these responsibilities. This phenomenon is often overlooked in the strategic frameworks of humanization, perpetuating gender inequalities in healthcare. As part of the healthcare team, it is essential to reflect on existing gender inequalities in order to develop more inclusive and effective health strategies, where caregiving is recognized both as a form of resistance and a vital element for survival.

Keywords: intensive care, caregiving, social support network, humanization.

Introducción

La rápida evolución de la ciencia y la tecnología médica aplicada a los cuidados intensivos ha permitido aumentar el número de personas que sobreviven a situaciones que requieren cuidados críticos. Un gran número de estas personas ve afectada su calidad de vida durante y después de la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (desde ahora UCI), debido a las consecuencias de factores relacionados con el ambiente propio de estos servicios, como por ejemplo la inmovilización de estructuras corporales, la privación sensorial, los tratamientos invasivos, la medicación y la imposibilidad de comunicarse con el equipo de salud y con su red de apoyo (Heras La Calle et al., 2017). Estas variables dan como resultado la necesidad de una gran cantidad de recursos destinados para los cuidados de las personas allí internadas.

El ingreso de una persona a la UCI representa un quiebre profundo en la cotidianidad, los hábitos y las rutinas, tanto de la persona internada como de su red de apoyo social. Esta red, a menudo, se enfrenta a semanas o incluso meses de espera, aguardando resultados, partes médicos, intervenciones quirúrgicas y diagnósticos. Durante este tiempo, la espera está marcada por una mezcla de angustia, ansiedad e incertidumbre, aunque también por momentos de felicidad y alivio. En este contexto, las subjetividades de las personas involucradas se ven profundamente afectadas, y deben encontrar los medios para desarrollar estrategias que les permitan enfrentar una situación completamente nueva en sus vidas.

Por otro lado, las reformas en los servicios sanitarios han comenzado a integrar principios de humanización de la sanidad, reconociendo la importancia de la relación entre los profesionales de la salud y las personas en el proceso salud-enfermedad-atención. Esto ha implicado la toma de ciertas medidas tendientes a cumplir determinados objetivos y estándares dentro de las UCIs con el fin de centrar la atención sanitaria en las personas. Una de las líneas estratégicas propuestas por la humanización es la presencia y participación de la familia permitiendo que se involucren activamente en la recuperación de los pacientes a través de cuidados básicos como el aseo personal, la administración de alimentos o la rehabilitación, todas tareas de cuidados (Gonçalves & Rodrigues, 2017).

Este texto busca reflexionar sobre cómo estas tareas de cuidado son fundamentales para la recuperación integral de las personas internadas en las UCIs. Sin embargo, la feminización de estas tareas, que se traduce en que a menudo recaen desproporcionadamente en las mujeres, representa una problemática que los lineamientos estratégicos de la humanización dejan de lado. La omisión de estas desigualdades contribuye a perpetuar un sistema que no reconoce el valor de las tareas de cuidado en la atención sanitaria, lo que a su vez se traduce en una falta de políticas que aborden adecuadamente las necesidades que estas implican.

Lineamientos conceptuales

Actualmente, la sistematización de las prácticas de humanización busca recuperar lo que nunca debimos perder: la dignidad y los derechos de todas las personas que acceden (o no) al sistema de salud. La salud ya no es un patrimonio exclusivo de un sistema sanitario a veces anquilosado en sus propias estructuras; más bien, es un compromiso de toda la comunidad y la sociedad, quienes son responsables tanto de promover la salud como, en ocasiones, de contribuir al acto de enfermar (Ministerio de Salud de Argentina, 2023).

Heras La Calle et al. (2017) señala que, a menudo, el entorno social y las familias de las personas internadas en los servicios de salud asumen un rol de **visitantes**, adoptando una postura pasiva ante esta nueva situación. Esto contrasta con la concepción de atención centrada en el paciente y la familia, que orienta la atención sanitaria hacia la autonomía y el respeto por los pacientes y sus familias. Esta perspectiva permite diseñar planes de cuidado que integren los valores, patrones de vida y creencias del paciente y su familia en las terapias establecidas (Duque & Ortiz, 2020).

Este enfoque posiciona a las redes de apoyo como actores clave en el proceso de salud-enfermedad-cuidados, enmarcándose dentro del movimiento de humanización de los cuidados intensivos. La red de apoyo social, esto es, el conjunto de relaciones, tanto familiares como no familiares, brinda diversos tipos de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o asesoramiento. Estas relaciones se fundamentan en la confianza y en el sentimiento de ser escuchado y comprendido, y la ayuda material y/o práctica incluye, por ejemplo, la colaboración en actividades del hogar o en el trabajo (Soliverez & Arias, n.d.).

Continuando con los lineamientos estratégicos de la humanización, esta red de apoyo social, a través de su participación activa, proporciona cuidados esenciales relacionados con las actividades de la vida diaria e instrumentales durante las internaciones, como la higiene, la alimentación, el arreglo personal y el manejo de la medicación, entre otros. Por lo tanto, nos preguntamos: ¿cómo está organizada la estructura social para facilitar esta participación activa sin que represente una sobrecarga para quienes asumen estas responsabilidades?

¿Por qué cuidamos?

La teoría queer de la mano de Judith Butler resalta la vulnerabilidad y la interdependencia de los cuerpos, enfatizando que la salud no es solo un asunto individual sino que está profundamente enraizada en las relaciones sociales y las dinámicas de poder. Al pedir y dar ayuda estamos planteando un desafío al individualismo (Pérez, 2019), y agrego: contra el neoliberalismo.

Las tareas de cuidado son una manifestación concreta de esta interdependencia. Cuidar implica reconocer que todos

dependemos de otros, lo que desafía la narrativa neoliberal que promueve la autosuficiencia. En este sentido, cuidar no solo es un acto de atención hacia los demás, sino una forma de resistencia.

Es importante, por tanto, reconocer que un cuerpo depende de otros cuerpos, en tanto que depende de redes de apoyo; así, un cuerpo individual no se separa por completo del otro o del entorno, en tanto que el cuerpo se define por el conjunto de los que lo hacen ser lo que es, que le permiten que actúe con esa individualidad que muestra. Así, necesitamos comprender la vulnerabilidad no desde el paternalismo sino desde la interdependencia (Yurss Lasanta, 2018). Esta idea resuena con la afirmación de Angelino (2014), quien señala que “de lo narrado aquí se desprende una revelación importante: la vulnerabilidad humana y los cuidados hacen la vida posible y sostenible” (p. 20).

La vulnerabilidad y la interdependencia son aspectos intrínsecos de nuestra existencia, lo que convierte a las tareas de cuidado en una forma de resistencia ante el individualismo. Cuidamos porque somos seres humanos que necesitamos los unos de los otros; por ello, es fundamental valorar estas tareas como esenciales para nuestra organización social.

¿Quiénes cuidan?

Los movimientos de mujeres y disidencias han tenido grandes avances en la conquista de derechos para estos colectivos; a pesar de esto, hoy en día se puede afirmar que la sociedad continúa exigiendo el cumplimiento de ciertos roles que se han adjudicado como naturales a las mujeres, encontrándose dentro de esos roles las tareas de cuidado en salud.

La atención informal en salud (o cuidados informales en salud) se puede definir como la prestación de cuidados de salud a personas que los necesitan por parte de familiares, amigos/as, vecinos/as y personas cercanas que no reciben retribución económica por la asistencia que proveen (Belli, 2023).

Estas tareas recaen sobre la figura de la mujer u otras identidades feminizadas que la cultura patriarcal asocia erróneamente como cuidadoras naturales, tanto en la esfera de los hogares como de la comunidad. Entendiendo feminizado como

“enormemente vulnerable, apto para ser desmontado, vuelto a montar, explotado como fuerza de trabajo de reserva, estar considerado más como servidor que como trabajador, sujeto a horarios intra y extra salariales que son una burla de la jornada laboral limitada”. (Haraway, 1995, p.284)

Son los trabajos domésticos y de cuidados no remunerados la principal causa de que las mujeres se encuentren en una posición de mayor vulneración económica. Asimismo, es constante la invisibilización y falta de valoración social de estas tareas.

Específicamente en salud, las tareas de cuidados informales muchas veces constituyen la única fuente de cuidados para un gran número de personas (Belli, 2023).

Por lo tanto, sí se puede hablar de feminización en la organización social de los cuidados, donde la mayoría de las tareas recaen desproporcionadamente en mujeres e identidades feminizadas. Esta situación no solo se manifiesta en el ámbito privado, sino también en contextos más amplios, como en el trabajo de cuidados informales en el sector de la salud. Esta feminización también se ve reflejada en los cuidados proporcionados por la red de apoyo en las unidades de cuidados intensivos, donde las responsabilidades de atención a menudo son asumidas por mujeres.

¿Qué sucede en las Unidades de Cuidados Intensivos?

Según un estudio realizado en Colombia, el 88,4% de las personas que se encontraban cumpliendo el rol de cuidadoras en el ámbito hospitalario eran mujeres, y de ese porcentaje, el 42,3% eran las madres de las personas internadas. A su vez, este estudio plantea también una cuestión interesante sobre la imposición de cargas y caracteriza a las personas sobre las cuales recae el cuidado como personas que se encuentran sin trabajo, con disponibilidad de tiempo, y con un rol de cuidador/a previo a la hospitalización en la UCI. Generalmente, esta persona no tiene reemplazo, el acompañamiento que brinda suele ser permanente y es la persona encargada de recibir las noticias y de transmitir las a la red de apoyo (Ortiz y Arias-Valencia, 2022).

A partir de la observación directa en la sala, podemos afirmar que en la UCI del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” son principalmente las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras. En su mayoría, madres, hermanas, tías y amigas son las que garantizan la respuesta a los lineamientos propuestos por la humanización.

Este hecho pone de manifiesto la feminización de las tareas de cuidado en un entorno crítico. Deben tenerse en cuenta las características particulares que estos contextos generan, como la fatiga y el estrés acumulados, los cambios en los roles y rutinas familiares, los desajustes en las dinámicas de convivencia, así como la ansiedad y la angustia constantes que se experimentan en estos ambientes, entre otros.

Por otro lado, según estadísticas del propio Hospital, el promedio de días que las personas permanecen en la UCI hasta ser dadas de alta y comenzar el seguimiento en el consultorio post-UCI es de 39 a 64 días. Aunque estos datos corresponden únicamente a quienes cumplen ciertos criterios de admisión al dispositivo, ofrecen una aproximación del tiempo que han pasado en el servicio y, por ende, de su interacción con la red de apoyo social en ese contexto. Cabe destacar que esta red debe continuar brindando cuidados después del alta, ya que

las internaciones en las UCIs suelen marcar el inicio de procesos de rehabilitación más prolongados que requieren cuidado de tipo crónico.

A modo de cierre

Problematizar sobre cómo está organizada la estructura institucional para facilitar la participación activa de las redes de apoyo, sin que esto represente una sobrecarga para quienes asumen esas responsabilidades, es fundamental en el contexto de la humanización de los cuidados. La humanización, tal como se plantea comúnmente en la bibliografía, corre el riesgo de transformarse en un enfoque limitado y superficial, restringiéndose a un intercambio más empático o amable dentro de un sistema que carece de modificaciones estructurales profundas.

No considerar las condiciones estructurales y sociales que afectan profundamente a las cuidadoras que asumen tareas de cuidado en entornos críticos como las UCIs, es reforzar la falta de reconocimiento histórico que han tenido las tareas de cuidados y, consecuentemente, perpetuar las desigualdades de género que han marcado históricamente la organización social de los cuidados.

Es esencial que las reformas en los servicios de salud no solo se concentren en la atención clínica, sino que también reconozcan y valoren el papel crucial que desempeñan las mujeres como principales cuidadoras. Estas tareas son fundamentales para la supervivencia de los seres humanos. Como dice Perez (2019): "... queda claro que la vida y la supervivencia dependen en todos los casos, de esa "red social de manos" (...) incluyendo estructuras horizontales y verticales de cuidado" (p.43).

Si como equipo de salud deseamos implementar acciones concretas para establecer medidas de cuidado más efectivas con una perspectiva de derechos, no debemos olvidar las herramientas que nos brinda la perspectiva de género y los aportes de los feminismos en materia de salud. Poner de relieve las desigualdades existentes nos permitirá desarrollar herra-

mientas más precisas que respondan a las demandas reales de las personas a las que dirigimos nuestros esfuerzos.

Cuidar es resistir. ■

[Recibido 02/08/2024 - Aprobado 05/11/2024]

Referencias

- Angelino, M. A. (2014). *Mujeres Intensamente Habitadas. Ética del cuidado y discapacidad*. La Hendija.
- Belli, L. (2023). Curso de Salud y Género. Ecofeminita. [PDF].
- Gonçalves, D. M. & Rodrigues, F. D. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 15-22. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, ciborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Heras La Calle, G., Martín, M. C. & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2023). Programa de curso: Cuidados humanizados. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/3_programa_curso_cuidados_humanizados.pdf
- Ortiz, C. D. y Arias Valencia, M. M. (2022). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 4-19.
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En *Salud feminista. Soberanía de los Cuerpos, poder y organización*. (1.ª ed., p. 31-47). Tinta Limón. ISBN 978-987-3687-58-7.
- Soliveres, C. y Arias, C. (n.d.). La red de apoyo social en la vejez y el vínculo con el/la cuidador/a domiciliario/a. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social, Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_red_de_apoyo_social.pdf
- Yurss Lasanta, C. (2018). Vulnerabilidad y resistencia en Judith Butler. Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza, Facultad de Filosofía y Letras. <https://zaguan.unizar.es/record/76701/files/TAZ-TFG-2018-3304.pdf>

Cómo citar este artículo:

Cirese, A. P. (2024). El cuidado como resistencia: desafíos de género en la humanización de las terapias intensivas. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(2), 56-59.