



Cuando el cuidado no es un asunto de mujeres. Organización de los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial

When care is not a women's issue. Organization of care by people at psychosocial vulnerability

Karina Brovelli

Karina Brovelli

Lic. en Trabajo Social. Maestranda en Políticas Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. (UBA).

Actualmente se desempeña en el Hospital Juan A. Fernández. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
kabrovelli@yahoo.com.ar

Resumen:

El objetivo del trabajo es explorar las prácticas de cuidado al interior de los grupos familiares en los que el papel de cuidador es desempeñado por aquel miembro de la familia que se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosocial. Para ello se empleó una metodología cualitativa, realizándose entrevistas semiestructuradas a usuarios/as de un Emprendimiento Social en Salud. Se analizan diferentes dimensiones del trabajo de cuidados. Se observa una *feminización* de estas personas, en tanto su posición vulnerable/subordinada al interior del grupo familiar las hace depositarias de las responsabilidades de cuidado ya sean varones o mujeres. Asimismo se observa una *doble invisibilización* de estas personas ya que suman a este rol la situación de vulnerabilidad psicosocial, que históricamente implicó desconocimientos de derechos. Se concluye acerca del reconocimiento de las capacidades de cuidado de esta población y las consecuencias que la organización actual del cuidado a nivel social tiene sobre la igualdad, autonomía, calidad de vida y ejercicio de derechos.

Palabras Clave: cuidados, salud mental, ecuación del bienestar, derechos.

Abstract

The aim of this paper is to explore the practices of care within the family groups in which the caregiver role is played by one family member who is at risk of psychosocial vulnerability. A qualitative methodology utilized, semi-structured interviews with users in health related Social Entrepreneurship program. Different dimensions of care work were analyzed. Feminization of these people is observed, while their vulnerable/subordinate position within the family group makes them depositaries of care responsibilities, whether male or female. Double invisibility of these people is also described. This means that they seemed to add the feminization role to their psychosocially vulnerable situation, which historically involved denial of rights. It concludes with the recognition of the skills to care for this population, and -the consequences that the current social organization of care has on equality, autonomy, quality of life and the exercise of rights.

Keywords: care, mental health, welfare equation, rights.

Introducción

El cuidado puede definirse como todas aquellas «actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo» (Daly y Lewis, 2000, p. 285).

La organización social de las actividades de cuidado es un aspecto central de los patrones de desigualdad social, tanto en términos de género como de las relaciones de poder en un sentido más amplio (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). A partir de la crítica feminista, se ha abordado este tema poniendo el énfasis en el primero de los términos¹; en este trabajo se intenta un acercamiento al segundo de ellos ya que constituye un área menos explorada en relación con los cuidados.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo fue explorar las prácticas de cuidado al interior de los grupos familiares en los que el papel de cuidador es desempeñado por aquel miembro de la familia que se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosocial. Para ello se empleó una metodología cualitativa, con miras a indagar cómo se desarrolla y cómo es vivenciada la experiencia del cuidado en estos casos. Se entrevistó a personas en situación de vulnerabilidad psicosocial usuarias de uno de los Emprendimientos Sociales en Salud de la Ciudad de Buenos Aires (dispositivos que se orientan a la promoción de la inclusión sociolaboral de las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial que se asisten en la Red de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires). La vulnerabilidad psicosocial se entiende como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades sociales básicas, tales como: seguridad afectiva y económica, protección, educación, tiempo de dedicación, comida, trabajo y salud (Castel, 2004).

En esta línea, los contextos micro-familiares y macro-comunitarios (grupo de crianza, grupos de pares, integraciones institucionales, etc.) se vuelven riesgosos cuando se generan fallas

en su función de sostén. Frente a ello, la intervención sobre la vulnerabilidad psicosocial y de la comunidad busca «disminuir la aparición de elementos causales de daño psíquico, psicológico y moral [...] a partir de estrategias complementarias de atención de los factores vulnerabilizantes en la persona (vulnerabilidad psicosocial) y las dificultades de contención que la comunidad ostenta (vulnerabilidad de la comunidad» (Spampinato, 2007, p. 8).

Desde esta perspectiva, los Emprendimientos Sociales en Salud constituyen dispositivos de rehabilitación pensados como espacios facilitadores de habilidades, de adquisición de hábitos, de creatividad y de circulación social y como alternativa a los fenómenos de aislamiento y exclusión social que atraviesan las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. En estos espacios se busca promover el lazo social, el ejercicio de los derechos humanos y la integración al circuito social productivo. En esta línea, la rehabilitación es entendida como un proceso que intenta habilitar a la persona para su realización como tal, luego de un momento crítico de su historia vital, con apertura a una búsqueda diferente de las circunstancias que motivaron tal crisis. En este sentido, se orienta a ayudar a las personas que han estado recluidas en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, como así también a apoyar su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelvan con la mayor autonomía y calidad de vida posibles.

Metodología

En función del objetivo propuesto, se utilizó una metodología cualitativa. Las observaciones realizadas previamente en el espacio de los Emprendimientos Sociales en Salud de la Ciudad de Buenos Aires permitieron la formulación de algunos interrogantes iniciales respecto del trabajo de cuidado realizado por las personas usuarias de los mismos y en función de ello, para el presente trabajo se decidió la realización de entrevistas semi-estructuradas a seis usuarios/as de un Emprendimiento, siendo tres varones y tres mujeres, cuyas edades se encontraban entre los 30 y los 55 años. Los/as entrevistados/as se seleccionaron a partir del siguiente criterio: que tuvieran a su cargo el cuidado de alguna persona. Como resguardos éticos se consideró el consentimiento expreso de las personas entrevistadas y su conocimiento del contenido de la guía de entrevista. Asimismo se les informó acerca de los fines del trabajo y se resguardó su identidad.

1 Al respecto, pueden consultarse los trabajos de Laura Pautassi, Corina Rodríguez Enríquez, Carla Zibecchi, Juliana Martínez Franzoni, Valeria Esquivel, Eleonor Faur, Elizabeth Jelin, Irma Arriagada, Mari Luz Esteban Galarza, Dolors Comas D'Argemir, Soledad Murillo de la Vega, Rosario Aguirre, Lourdes Benería, Nancy Folbre, entre otros.

Los datos obtenidos se analizaron con miras a identificar particularidades y regularidades en las diferentes situaciones relevadas.

Al respecto, en las entrevistas realizadas pudo observarse que todas las personas entrevistadas cuidan a un familiar directo (madre, padre, hermanos, en ocasiones un sobrino) o bien a su pareja. La mayoría desarrolla esta labor en su domicilio (es decir, conviven con la persona que es sujeto de cuidado), mientras que en uno de los casos este cuidado se lleva adelante en una institución geriátrica.

Asimismo, a partir de la información relevada en el trabajo de campo fue posible identificar en principio tres grandes dimensiones del acto de cuidar: una dimensión material (que incluye actividades de cuidado y tiempo dedicado al cuidado), una dimensión subjetiva (que se relaciona con el vínculo entre el/ la cuidador/a y la persona cuidada, las condiciones en que el cuidado es llevado a cabo y las expectativas de las personas, entre otras cuestiones) y una dimensión vincular (que remite a los roles asignados/asumidos por los diferentes integrantes del grupo familiar).

Aspectos Materiales del Cuidado

Actividades

Al indagar acerca de las actividades cotidianas que realizan como parte del cuidado, todos los entrevistados manifiestan ocuparse de proveer a la alimentación ya sea realizando compras, elaborando la comida y en algunos casos incluso dando de comer a la otra persona. Ello se verifica aún cuando la persona se encuentra alojada en una institución, en ese caso la responsabilidad es justificada por la calidad de lo brindado por la misma, que difiere de lo provisto por el familiar, quien además brinda conjuntamente con esta actividad el cariño:

«...le voy a dar de comer fundamentalmente porque ellos le dan un procesado que es todos los días lo mismo, a la mañana y a la noche le dan todos los días lo mismo. Entonces ellos le enchufan la comida así, mirando para otro lado. En cambio yo por lo menos le llevo comida, le hago dar otra comida, se la corto muy chiquitita y se la doy despacito...».

Asimismo, todos afirman ocuparse del seguimiento de los tratamientos de salud ya sea acompañando a las consultas, gestionando la tramitación necesaria para acceder a la medicación, adquiriendo los medicamentos, e incluso en algunos casos controlando la toma de los mismos diariamente:

«...yo estoy alerta por la medicación. Yo también tomo medicación, tomo 1 pastilla por día. Pero tengo que estar alerta a las 8 de la mañana, a las 2 de la tarde y a las 8 de la noche para darle las pastillas...».

Es decir, el cuidado comporta tanto una dimensión material (actividad o trabajo) como una dimensión subjetiva (disposición o actitud), de «estar pendiente». Esta preocupación se verifica aunque la persona se halle internada, reflejándose en ese caso en el control ejercido sobre el personal de la institución:

«trato de mirarle la escara también, que tiene una escara importante, quedó muy bien controlada porque estamos encima [...] pero tenés que estar atrás...».

Otro tipo de actividades mencionadas refieren a la realización de trámites varios, al pago de impuestos y servicios del domicilio, etc.

A partir de lo anterior puede observarse que la tarea de cuidar implica cuidados directos (proveer a necesidades del cuerpo relacionadas con la subsistencia), indirectos (provisión de bienes, servicios, infraestructura necesarios para la satisfacción de las necesidades) a la vez que una conexión emocional (provisión de un vínculo social y afectivo).

Tiempo

En lo que atañe a la percepción sobre el tiempo que insume la tarea de cuidar, las personas entrevistadas expresan que es «demasiado», e incluso en algunos casos se plantea que ocupa todo el tiempo disponible de la vida del cuidador ya sea en la realización de acciones concretas o en un «estar pendiente» que trasciende el momento de las mismas, como si se adoptara un estado de «alerta permanente», de disponibilidad permanente del tiempo al servicio del otro:

«...lo que pasa es que ella no se anima a quedarse sola, tiene ese problema del pánico, sino para mí sería ideal,

poder estar solo, tener un poco de aire, pero no se anima a quedarse sola, ese es el problema...».

«...voy todo el tiempo que tengo [...] todo el que yo dispongo [...] no yo el tiempo que tengo para mis cosas no estoy disconforme, a mí me gustaría que la pase mejor mi papá, pero eso no lo puedo modificar, más de lo que hago no puedo hacer, porque dependo de otros y los otros no están...».

«...incluso estar internado acá e irme los fines de semana a cuidarlo a mi hermano...».

Aspectos Subjetivos del Cuidado

Vínculos

En relación a cómo vivencian el hecho de cuidar, las expresiones son variables, dependiendo en ocasiones, del sujeto que se cuida. En este sentido, puede observarse que para la misma persona el hecho de cuidar a un niño resulta placentero, mientras que el cuidar a otro familiar que vive con una enfermedad no lo es. Es decir, no sólo hay que considerar la tarea concreta que se realiza y la exigencia que la misma presenta ya que ello puede significar experiencias totalmente diferentes para la persona a cargo en términos de la gratificación que tal acción le reporta, dependiendo, entre otros aspectos, de la relación existente entre el cuidador y aquel que es cuidado, como así también de si este último se encuentra en un proceso de deterioro o de crecimiento/recuperación:

«...es muy triste porque es ver apagarse una llamita que vos sabés que tiene mucha potencia, mucha resistencia, es un ser extraordinario porque la verdad no sé cómo soportó todo lo que soportó, eso es todo [...] está piel y hueso y está, muriéndose, se está muriendo en vida, eso es lo que pasa...».

«...a mí cuidar a mi sobrina me re gusta, lo disfruto muchísimo, es re copada, tiene 1 año y 4 meses más o menos; lo único hay que estar atenta todo el tiempo porque toca todo, se puede lastimar, se puede golpear, entonces tenés que estar atenta a que no le pase nada [...] después cuidar a mí mamá es un poco más complejo porque [...] está re enferma [...] yo no disfruto el cuidarla, no es algo que me haga sentir muy bien...».

No obstante lo anterior, también es posible registrar en lo que expresan los entrevistados aspectos de gratificación en relación con la tarea del cuidado, como así también un reconocimiento de cierta reciprocidad en términos de ayuda y de afecto, lo que obliga a complejizar la mirada sobre las cuestiones que atraviesan el vínculo entre el cuidador y aquel que es cuidado. Es decir, el cuidado se apoya en una conexión personal y emocional, donde hay un otro, donde hay un diálogo:

«...es algo que me da placer básicamente, cocinarles a mis hermanos me encanta [...] yo el cuidado que ejerzo en general me da placer, lo disfruto mucho mucho...».

«...disfruto estando con él...».

«...igual a su vez, ellos, mis hermanos, me cuidan a mí, me dan afecto [...] me dieron casa, hablo de hogar y es la manera que yo tengo, o sea yo los ayudo a ellos, ellos me ayudaron mucho...».

Condiciones

En otros casos, la posibilidad de encontrar gratificación (o a la inversa, la fuente de malestar) en la función de cuidado se asocia con las condiciones en las que ésta tiene lugar:

«...un poco me sirvió haber estado acá internado como para amoldarme a lo que me toca en casa, a todas esas cosas [...] si no hubiese estado acá no tendría la paciencia de que cada 5 minutos me esté llamando...».

«...a veces me cuesta mucho, la situación es muy difícil, sobre todo por el entorno, porque no es lindo ver la situación del familiar de uno y todas las otras situaciones de los otros viejitos [...] es un infierno [...] yo hubiera preferido que él hubiera estado conmigo y aunque me cueste era otro costo, es otra cosa, porque vos lo podés cuidar, vos podés sentir la gratificación de cuidarlo ... Yo estaba dispuesta a ofrecer esta parte de mi vida...».

La participación de otra institución (además de la familia) en el cuidado de la persona suma complejidad a la situación ya que si bien hay cuestiones que son cubiertas por ésta (y en ese sentido la familia es relevada de ciertas tareas), como se mencionó anteriormente, surge el tema de la calidad del cuidado

y las posibilidades de los referentes sociofamiliares de tener cierto control e incidencia sobre ello. Lo anterior se torna dramático en el caso de que el grupo de referencia no se encuentre en condiciones de tomar a cargo el cuidado de la persona a la vez que percibe al cuidado institucional como deficiente. Ello plantea el problema de la capacidad de las diferentes esferas de reproducción social (el mercado, el estado, la familia, la comunidad) para dar respuesta adecuadamente a las necesidades del sujeto y las dificultades de concertación entre las mismas, o como plantea Martín Palomo (2007), «la complejidad de los permanentes malos arreglos»:

«...y con poca gente, muchos pacientes para pocas personas ... voy a hablar con el médico que lo trataba, porque tuvo dos lastimaduras importantes, me dijo que bueno, que lo esperable es que estuviera desnutrido y deshidratado. Y cómo es eso? Porque si se desnute y se deshidrata es porque no le dan de comer y no le dan agua. Bueno esa fue la contestación que me dieron, como que en el sistema de cosas, una vez que la persona entra en ese sistema está aceptado que tiene que pasar por una especie de calvario [...] Por eso te digo que a veces los cuidados son limitados, porque yo haría otras cosas...».

Expectativas

En relación a lo que imaginan los entrevistados como posibilidades de transformar su situación, en todos los casos se vislumbran pocas alternativas de cambio. Si bien reconocen que de disponer de más tiempo realizarían otro tipo de actividades, en general de tipo artístico o recreativo, el posicionamiento en todos los casos es de resignación ante un estado de cosas que aparece como inmodificable, como una estructura «sólida» frente a la cual el sujeto debe «amoldarse»:

«A veces pienso que podría estar haciendo otras cosas».

«Y, tengo la posibilidad de irme pero no la voy a dejar ahora que está en el medio del océano atlántico en una balsa para que se ahogue, pero si estuviera mejor sí, me iría».

«En los papeles no estoy a cargo yo podría irme tranquilamente a vivir solo a otro lado, pero no, pero tengo que estar, porque si no, no se pagan los impuestos, no se pagan las cosas».

«Esto es así como se planteó y hay que asumirlo, como cuando te toca una enfermedad, que tenés que asumirla».

«Es muy costoso, pero es lo que nos toca».

«Sí, me lo pongo a pensar eso [...] para más adelante [...] no sé, podría estar peor...».

«Y a mí me gustaría organizar las cosas, pero tengo que organizar mi mente y ya me lleva mucho trabajo».

Aspectos Vinculares del Cuidado

Roles

En general los entrevistados refieren no disponer de otras personas con las que pudieran compartir la tarea del cuidado. En los casos en que identifican el aporte de otros miembros de la red sociofamiliar, señalan que los mismos son de carácter monetario o de provisión de bienes. Ello si bien resulta necesario para la reproducción del grupo familiar, no implica un apoyo efectivo en términos de trabajo de cuidado cotidiano ya que no permite relevar de la responsabilidad al cuidador primario (en tanto no implica reemplazarlo en la realización de actividades directas ni constituye un aporte suficiente para contratar servicios de cuidado en el mercado).

En relación con esto, aparece la tensión entre trabajo productivo-trabajo reproductivo ya que ninguno de los entrevistados se encuentra inserto en el mercado laboral (ya sea formal o informalmente), sino que trabajan en emprendimientos sociales, completando muchas veces los ingresos así obtenidos con los que les provee la Pensión por Invalidez de la que son beneficiarios. Ello aparece en ocasiones como la razón que justifica su posibilidad (y la imposibilidad de aquellos «empleados») de ocuparse de las tareas del cuidado:

«...el que se salvó más o menos de todo, que no le tocó ni enfermedades ni muchas cosas, fue mi hermano, que tiene 45 años, que se levanta a las 3 de la mañana y se va en la camioneta todo el día [...] aparte una forma de ayudarlo a él es cuidar a mi vieja, porque si él tendría que hacer todo lo que hago yo no podría, con los tres menores que tiene...».

Aquí se observa además otro factor que también se menciona como obstaculizador de una diferente distribución de responsabilidades, relacionado al hecho de tener hijos pequeños. En este caso, el cuidado de éstos eximiría en algunos casos del cuidado de otros miembros de la familia, mayores o dependientes.

Por otra parte, en el relato de los entrevistados surge que el cuidado depende primordialmente de ellos, sin posibilidad de delegación, lo cual es fuente de malestar:

«No, lamentablemente no tengo posibilidades de compararlo con nadie».

Ello se asocia en algunos casos con cierto sentimiento de injusticia en la asignación de roles:

«Yo por momentos pienso que a mis hermanas les re conviene que yo esté ahí, porque [...] como que ellas se desligan un poco, pero es injusto también...».

«De algún modo está repartido, es como que está mal repartido, las tareas domésticas y las responsabilidades domésticas, pero bueno ...».

No obstante, en la mayoría de los casos, ello es percibido como una fatalidad, como «lo que tiene que ser», como algo natural, más allá de que ese destino sea vivido como algo que apresa al sujeto. Es decir, permanece invisibilizado el carácter histórico-social de la organización del cuidado, las construcciones de género, del *espíritu de familia* (Bourdieu, 1998). Así, más allá de que se reconozca que la situación es injusta o generadora de malestar, no aparece como modificable por la acción de los sujetos. En este sentido, la responsabilidad del cuidado y las condiciones en que se desarrolla aparecen como una situación “sin salida” para el cuidador, que no puede más que aceptar la tarea asignada.

Reflexiones Finales

En el presente trabajo se buscó reflexionar sobre las características que asume el trabajo de cuidados en grupos familiares en que el rol de cuidador es desempeñado por personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. La construcción de ese rol se relaciona con el ejercicio de otros roles sociales (por ejemplo, el rol de trabajador) como así también con la historia

de relaciones al interior del grupo familiar al que pertenecen, que es la historia de las relaciones de poder establecidas en su seno (Calveiro, 2005).

En los casos relevados se observa que el cuidado es tanto ejercido por varones como por mujeres, sin que se registraran diferencias significativas entre ambas situaciones. Es en este sentido que se plantea, como reza el título del trabajo, que el cuidado, históricamente entendido como disposición y responsabilidad enteramente femeninas, no es en estos casos *un asunto de mujeres*.

A modo de hipótesis, puede pensarse que la posición vulnerable de las personas entrevistadas al interior del grupo familiar las hace más proclives a ser las depositarias de este tipo de responsabilidades, tradicionalmente atribuidas a las mujeres. En este sentido, podría pensarse en una *feminización* de estos sujetos ya que en los casos analizados las acciones y responsabilidades de cuidado atañen a personas de ambos sexos, existiendo algo que los homogeiniza y que se emparenta con lo feminizado, en tanto subalterno. En esta línea, siguiendo a Martín Palomo, el término feminizado puede definirse como lo «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» (2007, p. 16).

Asimismo, si consideramos que el trabajo de cuidados, *feminizado*, ha sido históricamente invisibilizado al quedar depositado en la esfera de lo privado/doméstico y asociado a disposiciones «femeninas» y obligaciones morales familiares podría sostenerse que las personas entrevistadas en este trabajo sufren una *doble invisibilización* ya que a esta condición se suma una anterior, la de encontrarse en situación de vulnerabilidad psicosocial, situación que históricamente implicó, para muchas de las personas que conviven con sufrimiento psíquico, una negación de su reconocimiento como sujetos de derechos.

Como se planteaba al inicio de este trabajo, la organización social de las actividades de cuidado es un aspecto central de los patrones de desigualdad social, tanto en términos de género como de las relaciones de poder en un sentido más amplio.

La forma en que los cuidados se encuentran organizados socialmente, en términos de respuestas institucionales y marcos normativos que distribuyen responsabilidades, tiene implicancias significativas en términos de igualdad y amplían/restringen objetivamente las opciones de los sujetos. En este sentido, es necesario inscribir las situaciones particulares en las trayectorias de grupos sociales más amplios, en la trama de relaciones sociales ya que «la forma en la cual se definen responsabilidades de cuidado entre sectores y entre personas excede ampliamente el mundo de las negociaciones interpersonales» (Esquivel et al, 2012, p. 13), en tanto la organización del cuidado es siempre un presupuesto implícito de la política socio-sanitaria. Ello permite reconocer regularidades que atraviesan las diferentes situaciones y que reenvían a la forma en que es asumido el cuidado a nivel institucional y político.

Históricamente el sistema de políticas sociales, de seguridad social y de salud se ha apoyado en una determinada composición de trabajo productivo (remunerado) y reproductivo (no remunerado) para la resolución de las necesidades asociadas a los riesgos/contingencias de la vida (Draibe y Riesco, 2006). Esta organización del cuidado asigna al ámbito familiar (y dentro de éste, a los miembros con menor poder relativo) la responsabilidad por el trabajo de cuidados, que permanece así en el ámbito doméstico-privado. Como plantean Adelantado et al. (1998), la esfera doméstico-familiar históricamente ha rellenado los *huecos* dejados por la supuesta desmercantilización estatal, tomando a cargo todas aquellas necesidades no cubiertas por las demás esferas de provisión de bienestar.

En el proceso de dar respuesta a las necesidades de cuidado, los grupos familiares combinan recursos de diferente orden (apelando al Estado, al mercado, a sus redes y a la comunidad) en función de sus posibilidades. En relación con esto, cabe señalar que existen recursos de bienestar a nivel del Estado que aportan a la organización familiar del cuidado (por ejemplo, la Pensión por Invalidez y la cobertura de obra social correspondiente, entre otros) por lo que no se podría hablar de un Estado «ausente» —ya que se incluye a las personas en el sistema de salud, previsional y de políticas sociales—. En realidad se trataría de pensar de qué manera éstas son incluidas, considerando qué acciones relativas al cuidado son asumidas de forma pública y cuáles son las omisiones, que implican delegación en otras instancias (generalmente, en

las familias [...] y al interior de éstas, en algunos miembros). Y aún en los casos en que el cuidado es asumido por el Estado (por ejemplo, la situación de las personas alojadas en instituciones costeadas públicamente) debe considerarse la forma en que el Estado asume el rol de regulador y supervisor de las instituciones y agentes que intervienen en el cuidado, en lo que hace a su calidad y cobertura.

En el actual escenario parecería que las familias «al final de cuentas [...] actúan como variables de ajuste de los déficit de las demás instituciones» (Esquivel et al, 2012, p. 32) ya que a través del trabajo de cuidados realizado en el ámbito familiar se compensa el déficit en términos de provisión de servicios por parte del Estado. Ello puede observarse en las entrevistas realizadas a las personas encargadas del cuidado y habilita a preguntar cuál es el costo para la vida de estos sujetos en términos de proyectos personales, en términos de su calidad de vida y del ejercicio de sus derechos.

En definitiva, se trata de visibilizar las condiciones actuales en las que este trabajo se desarrolla como fuente de desigualdades con impactos específicos para los sujetos, como así también visibilizar la capacidad de cuidado de los sujetos en situación de vulnerabilidad psicosocial, habitualmente pensados como destinatarios y no como proveedores de cuidado y asociados a la incapacidad. En este sentido, es una deuda pendiente reconocer sus capacidades y sus derechos como ciudadanos.

Asimismo, se trata de aportar a dar visibilidad al trabajo de cuidados como trabajo que produce valor social y económico, sostiene el sistema de políticas de protección y aporta al desarrollo y al bienestar (Pautassi, 2010; Rodríguez Enríquez, 2012).

En este sentido, el debate acerca de la *desmercantilización* y *desfamiliarización* (Esping-Andersen, 1993) del cuidado debe orientarse en el sentido de «liberar» (por lo menos, parcialmente) a las familias (y dentro de ellas, a sus miembros más vulnerables) de las responsabilidades y tareas ligadas a la provisión «intensiva» del mismo, con miras a una mayor autonomía, calidad de vida y ejercicio de derechos de ciudadanía por parte de los sujetos, más allá de que compartan la vida con personas dependientes a su lado. ■

[Recibido: 31/05/15 - Aprobado: 30/07/15]

Referencias bibliográficas

- Adelantado, J.; Noguera, J.; Rambla, X.; Sáez, L. (1998). Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica. En: *Revista Mexicana de Sociología*. Número 3. México. Universidad Autónoma de México.
- Bourdieu, P. (1998). Espíritu de familia. En: Neufeld, M. et al.: *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires. Eudeba.
- Calveiro, P. (2005). Familia y poder. Buenos Aires. Libros de la Araucaria.
- Castel, R. (2004). Las Trampas de la Exclusión: Trabajo y utilidad social. Buenos Aires. Topía Editorial.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*. Vol. 51. Issue N° 2.
- Draibe, S. y Riesco, M. (2006). Estado de Bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. En: *Serie Estudios y Perspectivas* 55. México. CEPAL.
- Esping-Andersen, G. (1993). Los tres mundos del Estado de Bienestar. Valencia. Editorial Alfons el Magnánim.
- Esquivel, V.; Faur, E. y Jelin, E. (editoras) (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Buenos Aires. IDES/UNFPA/UNICEF.
- Palomo, M. (2007). Domesticar el trabajo: una propuesta para abordar los cuidados. IX Congreso Español de Sociología. Grupo de Investigación 12. Sociología del Género. Sesión 1º: Aportaciones Teóricas. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En: Montaña Virreira, S, Calderón Magaña, C (coords.): *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile. CEPAL. Naciones Unidas.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? En: *Revista de la CEPAL* N° 106. Santiago de Chile. CEPAL. Naciones Unidas.
- Spampinato, S. (2007). La vulnerabilidad psicosocial en usuarios de los emprendimientos productivos en salud. En: Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen XVIII. Suplemento Especial. Buenos Aires.

Cómo citar este artículo:

BROVELLI K (2015). Cuando el cuidado no es un asunto de mujeres. Organización de los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1(1), 20-27. Recuperado de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/articulo3.pdf>