

margen N° 112 – marzo de 2024

## La intervención del Trabajo Social desde el cuidado y sobre los cuidados. Tensiones entre lo “público” y lo “privado”

Por María Belén Rivero

**María Belén Rivero.** Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El presente trabajo surge del análisis sobre la dimensión de los cuidados en el campo de la salud. En el tema se encuentran involucradas una multiplicidad de actores (diversos sectores de las políticas públicas, del Mercado, las familias), por lo que se hace necesario abordarlo desde una perspectiva de complejidad e intersectorialidad.

En ese sentido, el objetivo de este escrito consiste en analizar la dimensión de los cuidados que se despliegan en sus diferentes expresiones en relación a las intervenciones profesionales del Trabajo Social y aquellos cuidados vinculados a los niños y adolescentes y sus cuidadores.

Este trabajo se enmarca en mi experiencia de rotación por diversos equipos multidisciplinarios<sup>1</sup> del Servicio de Pediatría, como parte de mi formación en la residencia de Trabajo Social en salud, realizada entre diciembre de 2022 y abril de 2023.

Estos equipos están conformados por profesionales (de planta, residentes, concurrentes y becarias) de musicoterapia, psiquiatría, psicología, psicomotricidad, puericultura y trabajo social.

El presente trabajo se estructura en cinco apartados que abordan diferentes aspectos relacionados a la dimensión de los cuidados. En el primer apartado se analiza el concepto de cuidado y se presentan las corrientes teóricas vigentes sobre este tema. En el segundo apartado se reflexiona desde una perspectiva crítica acerca de la distribución de responsabilidades en la organización social del cuidado. En un tercer apartado se aborda la dimensión de los cuidados en el campo de la salud, explorando su alcance en este ámbito. Luego se analiza la incidencia de los cuidados en las estrategias familiares y cómo éstas se entrelazan con la organización de los cuidados, las condiciones materiales de vida y las intervenciones del equipo de salud. Por último se presentan las reflexiones finales en las que se sintetizan las principales ideas que surgen a lo largo del trabajo.

---

<sup>1</sup> Se adopta el concepto multidisciplinaria en vez de interdisciplina ya que entiendo a este último como un proceso a construir singularmente en cada equipo. “(...)poniendo en diálogo los discursos que inicialmente funcionan escindidos unos de otros, que tienen dificultad para entenderse entre sí; y de generar condiciones que permitan avanzar hacia nuevas confluencias. Lo interdisciplinario no surge naturalmente, e implica un proceso específico de producción” (Fuentes, 2014:50).

## **Acerca del cuidado**

El concepto “cuidado(s)” es una categoría construida social e históricamente, a su vez compleja y polisémica. Ante todo, es importante destacar que el cuidado es una condición humana fundamental (Heller, 2001), ya que como seres humanos lo necesitamos para sobrevivir y reproducirnos como tales, es decir que en el transcurso de la vida requerimos de cuidados. Tal como sostienen Palomo y Muñoz Terrón (2015:214), “admitir que la dependencia y la vulnerabilidad son rasgos inherentes al vivir humano exige un análisis más amplio de las relaciones sociales y una revisión de la concepción asimétrica de la relación de cuidado”. Lejos estamos de ser individuos autónomos independientes y autosuficientes, como lo estipula la lógica moderna liberal.

Es a partir de la crítica feminista hacia el pensamiento económico en los años setenta que se comienza a visibilizar y debatir la cuestión de los cuidados. En América Latina, las discusiones sobre el tema son más recientes, y si bien actualmente existe una variedad de definiciones y usos sobre el término, retomo la definición que realiza Arias Campos (2007), quien entiende al cuidado como una “práctica social sedimentada en la cultura, que se vincula con la protección afectiva de las relaciones vitales y configura una construcción social, dinámica y contextual, que incluye razonamientos, sentimientos, tradiciones, prácticas, imaginarios y regulaciones valorativas, jurídicas y políticas” (citada en De Ieso, 2015:92).

La responsabilidad de los cuidados excede a las formas que toman a nivel individual y personal. En este sentido, Razavi (2007, en Esquivel et. al., 2012) introduce la idea del “diamante del cuidado” conformado por las familias, el Estado, el Mercado y la comunidad, como los cuatro pilares que participan brindando cuidados. Esta idea fue precursora en complejizar el análisis del tema. Sin embargo, desde las teorías latinoamericanas se propone el término “organización social del cuidado” (Faur, 2009 en Esquivel et. al., 2012) como un concepto superador, ya que advierten que la teoría del diamante del cuidado presupone cierto equilibrio en la distribución de responsabilidades entre los cuatro actores que conforman la figura (Ceminari y Stolkiner, 2018). Entonces, la organización social del cuidado refiere a la interrelación entre las familias, el Estado, el Mercado y la comunidad, produciendo y distribuyendo cuidados con responsabilidades diferenciales y dinámicas (Faur, 2009 en Esquivel et. al., 2012).

De allí que el tema requiere ser abordado en su dimensión institucional, política y coyuntural. En este sentido, el Estado actúa (ya sea por acción u omisión) mediante políticas públicas en línea con determinado supuesto respecto a la organización social del cuidado. Dicho supuesto implica cierta definición de los actores sociales y la carga de responsabilidades y tareas asignadas a los mismos (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

En función de lo planteado hasta ahora, se hace evidente la importancia de cuestionar y repensar la distribución de responsabilidades en la organización social del cuidado actual. Las teorías del “diamante del cuidado” y la “organización social del cuidado” posibilitan visibilizar la participación de las familias, el Estado, el Mercado y la comunidad en la provisión de cuidados, reconociendo las responsabilidades diferenciales y dinámicas que cada actor desempeña.

## **La organización social de los cuidados**

A partir de los discursos de la modernidad europea y la separación entre el espacio “público” (ligado al Estado) y el espacio “privado” (los hogares, lo doméstico) se fue configurando determinada distribución de responsabilidades y obligaciones en torno a los cuidados.

Asimismo, se produjo una separación entre los saberes “especializados” (ligados a la medicina, la pedagogía) y los saberes “legos” referidos a aquellos lazos de proximidad, vecindad y familiares (Santillán, 2009), instalándose ciertas conductas como las “esperables” respecto a las responsabilidades parentales. Se trata de un componente ideológico y moral a partir de la valoración de determinados “modelos” de buenas prácticas de cuidado (Gherardi et. al., 2012). En este sentido, gran parte de la tarea del cuidado -por no decir la mayoría- se siguen realizando en el ámbito doméstico, especialmente en lo que concierne al cuidado y la socialización primaria de los niños dentro de las familias.

Históricamente, los cuidados fueron adjudicados al ámbito doméstico y en particular, a las mujeres. Es importante destacar que en términos macrosociales, el sistema socioeconómico capitalista y heteropatriarcal regula las prácticas a fines de facilitar la reproducción de fuerza de trabajo. Con el surgimiento de las relaciones capitalistas de producción, el trabajo de los cuidados y la reproducción fue atribuido a las mujeres, mientras que los varones se constituyeron como los responsables de proveer el sustento económico familiar (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). En esta división sexual del trabajo operan los modelos de relaciones de género, en los que se asocia lo femenino con el sacrificio, el altruismo y la generosidad. Esto influyó en la construcción de las mujeres como cuidadoras desde el “deber ser” moral y afectivo en cualquier tipo de vínculos, sean familiares o no (Palomo y Terrón, 2015).

En un principio, las incipientes instituciones del Estado de Bienestar garantizaban ciertas protecciones sociales a los varones asalariados, quienes también tenían posibilidades de organizarse como trabajadores (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Sin embargo, con el advenimiento de las lógicas neoliberales se produjo una fuerte reestructuración y destrucción de los sistemas de protección colectiva que involucraban a los varones asalariados, generando un mercado de trabajo cada vez más volátil y más precarizado, afectando también las posibilidades de organización y lucha colectiva. De este modo, la precarización dejó de ser lo característico atribuible sólo al mundo del trabajo desde que actualmente es lo que rige la totalidad de la vida (Lorey, 2016). La precarización se convirtió en un instrumento de gobierno,

(...) el gobierno neoliberal procede sobre todo mediante la inseguridad social, mediante la regulación del mínimo de protección social que corresponde al mismo tiempo a una incertidumbre creciente (Lorey, 2016:18).

La precarización como gubernamentalidad entra en tensión con las necesidades de cuidados y el derecho a la seguridad social. De esta manera, los cuidados se enraízan con la estructura social y las desigualdades estructurales propias del modelo capitalista en el que vivimos, conformando parte de la cuestión social, entendida ésta como la “aporía fundamental sobre la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura” (Castel, 1995:16).

Ante esta situación surge la pregunta, ¿en qué medida las políticas estatales promueven el cuidado en lugar del descuido y la desidia considerando que la seguridad social es un derecho humano reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en la Constitución Nacional argentina (art. 22 y art. 14 bis, respectivamente)?

Actualmente se puede afirmar que estamos ante el denominado “neo-familiarismo”, una tendencia ideológica de hacer de la familia una unidad económica y política de resolución de los problemas de la racionalidad global del modelo (De Martino, 2001 en Gonzalez et. al, 2008). En

este contexto, el ámbito familiar -y más precisamente las mujeres- tiene un lugar central en la producción de bienestar a través del trabajo no remunerado, compensando el déficit en la provisión de seguridad social por parte del Estado (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

De esta manera, las responsabilidades de los cuidados recaen fuertemente en las familias, las cuales tienen diferentes posibilidades de brindarlos. Se trata de adultes con la responsabilidad de cuidar de otros enfrentándose con diversas dificultades: en el acceso a un trabajo registrado y/o con trabajos no registrados de largas jornadas; en un contexto económico inflacionario; mujeres madres que sufren violencia de género; adultes con historias de crianzas atravesadas por diversas violencias; familias en situación de vulnerabilidad... ¿quién cuida de estos adultes cuidadores?, ¿cómo son sus trayectorias en materia de cuidados?, ¿cómo impactan esas trayectorias en los cuidados que reciben los niños y adolescentes?

En el siguiente apartado se aborda la incidencia de la dimensión de los cuidados, particularmente en el campo de la salud.

### **Aproximaciones sobre los cuidados en el campo de la salud**

Existen diversos trabajos y autores que hacen uso del término “cuidado” para abordarlo desde diferentes áreas. Particularmente en el campo de la salud, desde la perspectiva de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, se introduce la variable “cuidado” a la idea de construcción de los procesos de salud enfermedad atención (en adelante PSEAC).

Como señalan Stolkiner y Gomez (2012), la dimensión del “cuidado” en los PSEAC introduce una mirada más amplia e integral que la brindada por la “atención”, al denotar

relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos (p.61).

En el entramado de las prácticas cotidianas en salud se puede observar la materialización del cuidado en las diferentes expresiones que señalan Michalewicz, Pierri y Ardila Gomez (2014). Por ejemplo, se utiliza el término para referirse a las prácticas vinculadas a lo afectivo y vincular, diferenciándose de la parte “técnica” de las disciplinas. También suele utilizarse para hablar de los cuidados como las prácticas no formales en salud (prácticas curativas y/o preventivas fuera del ámbito hospitalario), así como el cuidado en referencia a la atención integral en salud y por último, el cuidado como eje que orienta la atención, ya que particularmente el objeto de intervención en el campo de salud se trata de personas (Michalewicz, Pierri y Ardila, 2012).

En otros términos, Franco y Merhy (2011) se refieren a la producción subjetiva del cuidado en salud, que deviene de la interrelación entre tres dimensiones: las redes que se tejen al interior de los servicios de salud, el deseo como motor de los procesos de construcción de la realidad y por último, el “trabajo vivo en acto” que consistiría en la plataforma sobre la que se producen las redes de cuidado. Los mencionados autores toman la idea de pensar al proceso de producción del cuidado como una constante que surge a partir de una “conexión entre trabajadores, usuarios, personas y cosas, que se encuentran en el plano del proceso de producción del cuidado y son partes constitutivas del mismo” (Franco y Merhy, 2011:13).

En el ámbito del trabajo en salud se generan y mantienen diferentes formas de cuidado que pueden distinguirse desde una perspectiva analítica, aunque en la práctica diaria se entrelazan como parte de la complejidad de la realidad social. Al hacer referencia al trabajo en salud retomo el concepto de "actos de salud" (Merhy, 2006), que implica la coexistencia intrínseca de dos dimensiones en las prácticas profesionales: la dimensión del cuidado y la dimensión profesional específica de cada disciplina. El cuidado, o la falta de éste, tiende a estar implícito en los actos de salud. Este autor advierte que la dimensión cuidadora puede estar presente en mayor o menor medida, ya que la misma consiste en ser aquella que busca

producir procesos de habla y escucha; relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario, y la construcción de sus necesidades de salud; relaciones de acoger/abrigar y vínculo; posicionamiento ético; y la articulación de saberes para componer proyectos terapéuticos (Merhy, 2006:47).

Considero que desde las intervenciones del Trabajo Social esa dimensión cuidadora está presente, o al menos se intentan producir a partir de actos que impliquen un cambio en la producción del cuidado que trasciendan las lógicas del Modelo Médico Hegemónico centradas en la producción de meros procedimientos y técnicas.

Entre los diversos motivos de consulta que reciben las trabajadoras sociales vinculadas a pediatría, se encuentran aquellos relacionados al acompañamiento de las crianzas, dando lugar a intervenciones con los adultos cuidadores de niños y adolescentes. Vale realizar una distinción entre crianza y el cuidado, ya que el segundo se encuentra implícitamente en el primero. En términos generales, la crianza abarca acciones como brindar alimentación, alojar, transmitir valores y costumbres; siguiendo a Chardón y Scarímbolo (2011), en el marco de los cuidados parentales se desarrollan las primeras funciones de cuidado y es a partir de las cuales los recién nacidos se forman como sujetos de la cultura.

Las intervenciones desde Trabajo Social, mayormente -y no casualmente- con mujeres madres, se llevan a cabo a través de la entrevista. En esa instancia dialógica se encuentran y ponen en juego diferentes visiones del mundo, imaginarios, supuestos. ¿Qué supondrán los adultos cuidadores respecto a nuestro rol como trabajadoras sociales en esas instancias?, ¿estarán respondiendo lo que creen que esperamos escuchar? Son preguntas que se me presentan y que a veces considero necesarias desarmar, de la forma más cuidada posible. Se abre un espacio de escucha, alojamiento, diálogo y, en la medida de lo posible, de reflexión conjunta en el que surgen temas sobre la vida cotidiana vinculada indefectiblemente a la organización de los cuidados propios de los adultos y de los niños y/o adolescentes.

En el siguiente apartado se profundiza el análisis de la dimensión de los cuidados en relación con el despliegue de las estrategias familiares.

### **Los cuidados: entramado de significados y tensiones**

Como se ha mencionado anteriormente, la distribución de responsabilidades y obligaciones en relación a los cuidados de los niños se ha fundamentado en la dicotomía entre lo público y lo privado. No obstante, es importante destacar que esta separación es inexistente en la realidad:

Un orden político que suponga únicamente la independencia y la autonomía como la naturaleza de la vida humana se pierde con ello una buena parte de la experiencia humana y

debe de algún modo ocultar este punto en otro lugar. Por ejemplo, un orden tal debe separar rígidamente vida pública y vida privada (Tronto, 1993:135 en Palomo y Muñoz Terrón, 2015).

Santillán (2009) dirá que los mandatos sobre la maternidad y la paternidad se inscriben en un movimiento dual de las relaciones entre lo público y lo privado, ya que se produce un “desdibujamiento” de los límites entre estos ámbitos. Históricamente, el Estado -en su carácter de “lo público”- siempre tuvo como objeto de política pública a la familia, ya sea de manera explícita como implícita (Grassi, 1998). En este sentido, las funciones maternas y paternas adquieren sentidos particulares en contextos sociohistóricos específicos en los que los diferentes sistemas de valores, creencias y recursos también influyen en la forma en que se brindan los cuidados. Por lo tanto, resulta fundamental abordar los cuidados desde una perspectiva émica o nativa (De Ieso, 2015). Esto significa comprender cómo operan los cuidados desde la perspectiva de los actores sociales en su vida cotidiana, así como la manera en que los dotan de significado en relación con otras estructuras de sentido y los fenómenos que configuran su vida diaria. De esta manera, es posible comprender y dar sentido a las prácticas que se consideran como “cuidar” (De Ieso, 2015).

Es indiscutible que todas las personas necesitamos de cuidados, y en este sentido se vuelve esencial considerar que “cada existencia es un nudo de una red compleja de relaciones de cuidado” (Palomo y Terrón, 2015). Los cuidados pueden ser entendidos como una “red de interdependencias” (Elías, 1990 citado en Palomo y Terrón, 2015) en las que intervienen otros actores externos al núcleo familiar en la organización social del cuidado, ya sea por acción u omisión.

Ahora bien, la asignación de responsabilidades en el cuidado se ve marcada por dos desigualdades fundamentales: la desigualdad de género y la desigualdad social. Las mujeres enfrentan un alto costo al asumir el rol de cuidadoras, lo que tiene repercusiones en su salud, calidad de vida, oportunidades laborales, desarrollo profesional, impacto económico, relaciones sociales y disponibilidad de tiempo personal (De Ieso y Krmpotic, 2010). De hecho, el acto de cuidar es un trabajo en sí mismo, ya que implica dedicación de tiempo, desgaste de energía y genera valor.

En los últimos tiempos se ha utilizado el término “conflicto familia y trabajo” para describir las dificultades que les adultes cuidadores enfrentan al tratar de cuidar a sus hijos y, al mismo tiempo, permanecer en el mercado laboral. En parte, este conflicto surge debido a que las mujeres se han incorporado en gran medida al mercado de trabajo pero no se han realizado cambios en la organización del cuidado; por lo tanto, las mujeres continúan siendo las principales responsables de esta tarea. Si bien existen políticas de “conciliación” entre la familia y el trabajo, las mismas están circunscriptas al mercado de trabajo formal y la experiencia en otros países ha demostrado que estas políticas pueden reforzar el rol de las mujeres como responsables del cuidado de otros (Gherardi, 2012).

En los casos en que la necesidad de cuidar se dificulta por el horario del trabajo remunerado, las mujeres madres cuidadoras tienden -o se ven prácticamente obligadas- a privilegiar la responsabilidad del cuidado. Como lo expresó una mujer madre en una entrevista: “*No consigo trabajo, no puedo trabajar porque la tengo que cuidar a ella. No me dan los horarios*”. No se trata de una elección cuando no hay otra alternativa posible.

En la vida cotidiana las familias toman de modo permanente diversas decisiones para poder dar

respuesta a las demandas que surgen en el día a día. Por ello se habla de estrategias familiares de vida como los comportamientos desarrollados por los integrantes de cada familia en el marco de “condiciones sociales determinadas, las cuales estarán vinculadas a su ubicación en las clases sociales fundamentales y, en su interior, a las heterogéneas fracciones que la componen” (Mallardí, 2016:63).

En las estrategias familiares se entrelazan diversas dimensiones, como la inserción en el mercado de trabajo y la obtención de recursos para los gastos de la vida cotidiana; las condiciones materiales de vida; los PSEAC; la socialización (transmisión del saber cotidiano); y la organización de los cuidados (Mallardí, 2016). Todas estas dimensiones están íntimamente relacionadas y son parte de la reproducción de la vida cotidiana.

La forma en que se organiza el cuidado en relación con las demás dimensiones tiene un impacto en los vínculos y en el cuidado brindado a los niños y adolescentes. Por ejemplo, un padre de un niño de 5 años mencionó en una entrevista: *“Ahora puedo prestarle más atención porque trabajo menos; antes llegaba y me tiraba a dormir, no le tenía tanta paciencia”*. Esta cita muestra cómo un cambio en la carga laboral puede influir en la dinámica del cuidado y en la calidad de la relación con los niños.

A veces los adultos acomodan su rutina y horas de sueño en función de sus jornadas laborales, al mismo tiempo que adaptan la rutina del niño; por ejemplo, una médica pediatra relató una entrevista en la que un padre dijo: *“Nos levantamos a las 11, almorzamos, lo llevo al jardín (...) y se duerme tipo 2, como nosotros”*, sobre lo que acotó: *“estaría bueno que los adultos se adapten a la rutina del niño y no al revés”*. En este caso, la madre del niño trabajaba en un restaurante por la noche mientras que el padre se quedaba esperándola despierto con el hijo. Esta situación evidencia cómo las dinámicas laborales de los adultos pueden influir en la adaptación de la rutina del niño y cómo esa información puede generar discrepancias en el equipo de salud.

Como se viene mencionando, las condiciones materiales de vida pueden tener un impacto significativo en la estrategia de cuidado familiar. Por ejemplo, una mujer madre de un niño de 7 años que vive con su hijo en una habitación con baño compartido, mencionó: *“Lo baño porque dejan el baño sucio, puede caerse y lastimarse”*. En este caso, la estrategia de cuidado adoptada está directamente ligada a las particularidades de su situación habitacional.

La categoría de cuidado brinda la oportunidad de analizar de manera transversal diversos actores y actividades que se realizan de manera sostenida en una sociedad determinada. Estas actividades, lejos de ser consideradas estrictamente “privadas”, conforman una red única de relaciones y requieren una inversión significativa de tiempo y recursos.

La privatización de servicios públicos, la refamiliarización de responsabilidades o la reafirmación de roles de género tradicionales son algunos de los desafíos ideológicos que se presentan en relación a los cuidados y tienen una autonomía relativa en relación con las restricciones presupuestarias del Estado. En este sentido, la idealización de la maternidad y la valorización de la familia desempeñan un papel instrumental, además de tener un componente ideológico, ya que son funcionales a la reducción de costos para el Estado (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Cabe considerar que los cuidados familiares no siempre se traducen automáticamente en “buenos” cuidados, ya que como señala Eloísa de Jong (2001), la familia representa un espacio privilegiado en el que se construyen identidades individuales y se experimentan profundas emociones humanas, tanto positivas como negativas. Los vínculos familiares primarios son una

fuerza fundamental para el desarrollo de sentimientos de amor u odio, contención o discriminación, protección o desprotección, seguridad o inseguridad, autoritarismo o democracia. Estos aspectos están atravesados por las condiciones y posibilidades en las que se desarrolla la vida cotidiana de la familia, en la que entran en juego el contexto, las concepciones sobre la familia, las oportunidades para desempeñar sus funciones y los roles, así como los valores en juego tanto en la sociedad como en el seno de la propia familia.

Hoy en día, diversos trabajos han reconocido la importancia de abordar los cuidados y el trabajo doméstico desde una perspectiva colectiva, buscando su socialización, desfamiliarización y desmaternalización; esto implica superar la idea de que los cuidados son exclusivamente responsabilidad de la familia. Para lograrlo, es fundamental que el Estado reconfigure la organización social de los cuidados que actualmente está concebida de manera limitada y tiende a atribuir la responsabilidad únicamente a nivel individual y en el ámbito “privado”. El proceso de producción de cuidados es un entramado dinámico, relacional, complejo y contextualizado, en el cual cada actor social tiene su propia definición y enfoque respecto al cuidado, llevando adelante acciones asociadas a ese ideal.

Las estrategias familiares pueden estar basadas en el conocimiento y la experiencia personal, en las creencias culturales y en la forma en que los cuidadores han aprendido a gestionar el cuidado de los niños. Desde Trabajo Social se busca considerar las diferentes realidades y dialogar con las visiones del mundo con el objeto de articular y acordar intervenciones desde la singularidad de cada familia, reconociendo la diversidad de formas en las que se ejerce el cuidado y mediando -en lo posible- con las políticas públicas vigentes, así como promover la deconstrucción de algunas ideas naturalizadas e instaladas en el imaginario social en relación al acto de cuidar.

### **Reflexiones finales**

A lo largo del presente trabajo se abordó la compleja y polisémica categoría del cuidado desde diversas perspectivas, centrándome especialmente en la dimensión de los cuidados en el campo de la salud y su relación con otros actores del escenario social. Asimismo, se retoma cómo la distribución de responsabilidades y obligaciones en torno a los cuidados se ha fundamentado históricamente en la dicotomía entre lo público y lo privado. Sin embargo, la realidad nos muestra que esta separación es ilusoria. En este punto, la intervención profesional desde el Trabajo Social es muestra explícita de esta falsa separación. Como trabajadora del sistema público de salud me pregunto: ¿qué de lo público no tiene injerencia en lo privado?, ¿qué de lo privado no se aborda desde nuestras intervenciones?

Por otro lado, la dimensión del cuidado también se puede abordar desde su incidencia en el campo de la salud. Su introducción en los procesos salud enfermedad atención permite una mirada más integral de dichos procesos. La labor profesional del Trabajo Social involucra una postura implícita hacia el cuidado, aunque a veces también se manifiesta explícitamente a través de los actos en salud; se nos presentan así los supuestos de lo que implica cuidar: los propios y los de los sujetos de intervención.

Ante esta complejidad es necesario estimular una mirada integral e intersectorial que promueva la corresponsabilidad y la participación activa de diversos actores sociales en la provisión de cuidados. La reflexión y comprensión del/los cuidado(s) en su diversidad y complejidad nos invita a repensar sobre la forma en que concebimos y practicamos los cuidados en nuestras vidas

cotidianas, ya sea en el ámbito familiar o en el ámbito laboral a partir de nuestras intervenciones profesionales.

Estas reflexiones invitan a seguir indagando y problematizando la cuestión de los cuidados, reconociendo su relevancia en la vida cotidiana de las personas y la necesidad de abordarla desde una perspectiva de complejidad y de derechos. Recibir cuidados es un derecho que no solo se basa en la existencia de políticas de cuidado sino también en la corresponsabilidad de la tarea y la asignación de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

La tensión entre lo público y lo privado plantea la necesidad de repensar los límites tradicionales instalados y reconocer la interdependencia de estos dos ámbitos en la provisión de cuidados. La organización social de los cuidados requiere una perspectiva integral en la que se consideren tanto las dimensiones individuales y familiares como las implicaciones sociales y colectivas. Esto conlleva una interdependencia entre los diferentes actores sociales y una perspectiva que trascienda la división entre lo público y lo privado buscando la garantía del derecho a la provisión de cuidados. Por ello es necesario romper con la idea de que los cuidados son una cuestión privada y reconocer que son un asunto de interés público y colectivo. El Estado debería desempeñar un papel activo en la promoción de políticas en pos del cuidado y no de la precarización de la vida. Esta reconfiguración implica generar condiciones para afrontar la desigualdad social y de género, redistribuir las responsabilidades de cuidado, garantizar el acceso a servicios y apoyos adecuados y valorar y reconocer el trabajo de cuidados en todas sus formas. En otras palabras, implica tomar medidas efectivas de cuidado que garanticen -ni más ni menos- el derecho al cuidado integral de las personas y de ese modo contrarrestar su expresión opuesta, es decir la precarización total de la vida.

## Bibliografía

Ceminari, Y. y Stolkner, A. (2018). *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas*. 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. Disponible en: <https://www.academica.org/000-122/142>

Chardón, MC. y Scarímbolo, G. (2011). *En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones*. En: Blasco M. et.al. Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

De Ieso, L. (2016). *Prácticas del cuidar en entramados familiares. Aportes desde un análisis situado en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires*. En: Revista Debate Público N°10 Año 5, FCSs, UBA: Buenos Aires. Disponible en: [https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/10\\_De-Ieso.pdf](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/10_De-Ieso.pdf)

De Ieso, L., y Krmpotic, C. (2010). *Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género*. Rev. Katál. Florianópolis, 13(1), 95-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100011>

Esquivel, V., Faur, L. y Jelin, E.(2012) *Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y Estado*. En: Esquivel, V. Faur, L. y Jelin, E. (edits.) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. IDES: Buenos Aires.

Gherardi, N., Pautassi, L. y Zibecchi, C (2012). *De eso no se habla: el cuidado en la agenda*

*pública: Estudio de opinión sobre la organización del cuidado.* Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA). Disponible en: <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/2012-De-eso-no-se-habla.-El-cuidado-en-la-agenda.pdf>

González, C. y otros (2008). *La familia como objeto de las políticas asistenciales: los programas de combate a la pobreza y el papel de los organismos multilaterales.* En Aquín, N. Trabajo Social, Estado y Sociedad. Buenos Aires. Espacio Editorial.

Grassi, E. (1998). *La familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios de orden social.* Antropología Social y Política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento. Editorial: EUDEBA. Bs. As.

Heller, A. (2011). *The concept of care.* En Pinheiro R, Gomes da Silva A. ciudadanía no cuidado. O Universal e o común na integralidades das acções de saude. Rio de Janeiro: CEPESC.

Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad.* Madrid: Traficantes de sueños. Disponible en: [https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Estado%20de%20inseguridad.%20El%20gobierno%20de%20la%20precariedad\\_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf](https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Estado%20de%20inseguridad.%20El%20gobierno%20de%20la%20precariedad_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf)

Santillán, L. (2009). *Antropología de la crianza: la producción social de “un padre responsable” en barrios populares del Gran Buenos Aires.* Etnográfica, vol. 13 (2) pp. 265-289. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/etnografica.1320>

Stolkiner, A., y Gómez, A. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas.* Vertex, XXIII(101), 57-67.

Palomo, T. y Muñoz Terrón, J. (2015) *Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado.* En: Revista Argumentos n°15. Facultad de Cs. Soc. UBA: Buenos Aires. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1382>

Mallardi, M. (2016). *Cotidiano y relaciones familiares: elementos para la intervención profesional del Trabajo Social.* En Gianna, S. y Mallardi, M. Transformaciones familiares y trabajo social: debates contemporáneos y contribuciones analíticas. La Plata: Dynamis.

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo.* Buenos Aires: Lugar Editorial

Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización.* En Anuario de Investigaciones, vol. XXI, 217-224. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Túlio Batista, F. y Merhy, E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado.* Salud colectiva, vol. 7(1), 9-20.

### **Fuentes documentales**

Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.

Constitución de la Nación Argentina. Ley N° 24.430 (03/01/1995). Artículo 14 bis.