



El trabajo de cuidado no remunerado en Salud en el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de COVID-19

The unpaid care job in Health in the Latin America context. Its importance during the COVID-19 crisis

Laura Pautassi*

Palabras clave:

Trabajo no remunerado en salud

Derecho al cuidado

Derecho a la salud

América Latina

Resumen

El cuidado en salud asume características específicas, complejas y de alta demanda, que forman parte de un tratamiento médico, de un acto posquirúrgico o del acompañamiento en enfermedades crónicas, discapacidad o afecciones a la salud mental. Estos cuidados, principalmente a cargo de las mujeres, se encuentran invisibilizados y no han sido incorporados por las políticas y acciones estratégicas de salud. La evidencia empírica muestra que brindar cuidados en salud impacta directamente en la autonomía y calidad de vida de las cuidadoras, dado que afecta su salud física y psicológica. En el contexto de la pandemia provocada por la COVID-19, el artículo recorre las principales definiciones del trabajo no remunerado en salud (TnRS). Si bien dicho relevamiento en torno al TnRS es mas amplio

* Doctora en Derecho, Universidad de Buenos Aires Investigadora principal CONICET, Argentina, Profesora y Directora Programa Género y Derecho, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Directora Grupo de Trabajo Interdisciplinario Derechos Sociales y Políticas Públicas. Contacto: laurapautassi@derecho.uba.ar

(período 2000-2020), el artículo se concentra en el tratamiento de la pandemia en América Latina. La metodología utilizada es de tipo cualitativo, en base a un enfoque de género y de derechos, que permite identificar la estructura de poder asimétrica que requiere ser transformada mediante acciones transversales y en base a la interdependencia de derechos humanos. Las conclusiones presentan aprendizajes y propuestas de políticas públicas para el reconocimiento del TnRS y su necesaria distribución.

Keywords:

Unpaid work in health

Right to care

Right to health

Latin America

Abstract

Health care assumes specific, complex and high-demand characteristics, which are part of a medical treatment, a postsurgical act or the accompaniment of chronic diseases, disabilities or mental health conditions. This care, mainly carried out by women, is invisible and has not been incorporated into strategic health policies and actions. Empirical evidence shows that providing health care directly impacts the autonomy and quality of life of caregivers, since it affects their physical and psychological health. In the context of the pandemic caused by COVID-19, the article covers the main definitions of unpaid work in health (TnRS). Although this survey on TnRS is broader (period 2000-2020), the article focuses on the treatment of the pandemic in Latin America. The methodology used is qualitative, based on a gender and rights approach, which allows identifying the asymmetric power structure that needs to be transformed through transversal actions and based on the interdependence of human rights. The conclusions present lessons learned and public policy proposals for the recognition of the TnRS and its necessary distribution

La irrupción de la COVID-19, y la consiguiente declaración de pandemia, produjo innumerables efectos, algunos inmediatos y otros de mediano y largo plazo que aún no se alcanzan a dimensionar. Debido a su carácter global, el coronavirus afecta de manera diferenciada a las distintas poblaciones, y las respuestas de los gobiernos para enfrentarlo son también diversas. Sin embargo, el aspecto en común es que desnudan los niveles de vulnerabilidad que tenemos las personas y las situaciones de desigualdad estructural –económica, social, política, cultural y de género– que anteceden a la crisis sanitaria.

Junto con la fragilidad de los seres humanos y su salud en juego, la pandemia ha evidenciado la relevancia de los cuidados. En primer lugar, porque los arreglos familiares siguen siendo centrales para su provisión. En segundo lugar, las medidas de aislamiento preventivo, prohibición de circulación, cuarentena y distanciamiento social pudieron establecerse de manera inmediata gracias a que en los hogares, principalmente las mujeres, garantizan la reproducción cotidiana de la vida con su trabajo doméstico y de cuidado. Adicionalmente, una de las primeras enseñanzas del aislamiento es que la invisibilización de la injusta división sexual y social del trabajo remunerado y de cuidado ha llegado a su fin. De ahora en más, no se puede desconocer que el cuidado es un trabajo intenso, fundamental para la sociedad y que explicita la vinculación entre salud y cuidados. En tercer lugar, esta crisis global ha demostrado que el cuidado es un derecho humano que requiere ser priorizado y satisfecho en plenitud y demanda una necesaria distribución entre todas las personas, ya que no es responsabilidad de las mujeres.

Durante la pandemia, la injusta división sexual de las responsabilidades de cuidado se expresa en múltiples tensiones al interior de los hogares que, a su vez, se entrecruzan con las demandas al sector salud. Por una parte, la crisis ha puesto nuevamente en agenda el debate central respecto de la consideración de la salud como un bien público y a los esfuerzos colectivos que se requieren para resolver esta crisis. La acción comunicativa en la mayoría de los países de América Latina interpela a la salud y al cuidado. Así, los mensajes frecuentes que invitan a “permanece en casa, te cuidamos, nos cuidamos entre todos, cuídate, la salud es lo primero”, refieren al ejercicio del derecho a la salud en interdependencia con el cuidado. Sin embargo, no se avanza en distinguir que, precisamente, la solución de la crisis requiere necesariamente un cuidado activo vinculado a la salud en forma directa. En otras palabras, no solo es necesario el aislamiento y distanciamiento

social, sino que se requiere trabajo de cuidado en salud preventivo y, en caso de contagio, curativo, que en los casos más leves se resuelve con confinamiento en los hogares.

Como nunca antes, la humanidad ha tomado conciencia de que, tanto en el ámbito público como privado, se requiere de trabajo remunerado o no remunerado en salud (TnRS). Sin cuidados en salud, no se sale de la crisis; sin agentes y profesionales de la salud, tampoco; sin inversión pública, no se garantizan soluciones. Los ministerios de Salud, en la mayoría de los países de América Latina, han asumido el liderazgo en el manejo de la pandemia, y han actuado rápidamente con medidas y dispositivos sanitarios, pero también, complementariamente, desde otras áreas con políticas para proteger a la población ante la pérdida de ingresos u otras situaciones extremas.¹ Sin embargo, todavía persisten acciones y políticas altamente fragmentadas y heterogéneas, sin una clara visibilización del carácter público del cuidado y, por lo tanto, de responsabilidad estatal. Por el contrario, en muchos casos se refuerza la “naturalización” del cuidado en las familias, principalmente, en las mujeres. Es decir, si bien todavía los países de América Latina están atravesando la pandemia y no se dispone de suficiente información sistemática, se puede verificar que los problemas previos a la crisis –en términos de debilidades institucionales– no pueden ser corregidos de manera inmediata. De esta forma, se pudo actuar rápidamente y con recursos extraordinarios para dotar el sector salud de camas de terapia intensiva, respiradores y otros insumos, pero no se avanzó de manera contundente en reconocer el valor del TnRS y de los cuidados en general. El hecho de que la economía no monetaria esté sosteniendo al conjunto de la sociedad no solo que no ha sido reconocido en todo su valor, sino que escasamente se han establecido medidas para acompañar este proceso. Valga como dato el aumento de la violencia doméstica e intrafamiliar durante la cuarentena² y la sobrecarga de tareas de cuidados cotidianos, a lo cual se suma la instalación de “la escuela en casa” junto con el teletrabajo, en algunos casos, o el cuidado de personas mayores o con discapacidad, y frecuentemente, la falta o pérdida total de ingresos monetarios.

1 La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) diseñó el “Observatorio COVID-19 de América Latina y el Caribe”, en el que se registra que en noviembre de 2020 se habían adoptado cuatrocientas dieciséis acciones en países de América Latina y el Caribe, <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

2 Comisión Interamericana de Mujeres, CIM, 2020.

En este artículo, desarrollo las principales definiciones en torno al TnRS con el objetivo de iniciar un debate que identifique y diferencie la interdependencia entre cuidado y salud, o lo que es propio de uno y del otro. En base a un abordaje metodológico desde el enfoque de género y derechos humanos,³ analizo las diferentes posiciones en torno al cuidado en salud, tanto en la literatura anglosajona como latinoamericana producida en las últimas tres décadas, con el objetivo de buscar y así destacar la necesidad de desarrollar este campo de intervención escasamente visibilizado en América Latina.⁴ Las conclusiones recuperan los posibles cursos de acción, en el escenario de la pospandemia, al identificar algunas políticas públicas que pueden promover un reconocimiento del TnRS y posibiliten esferas de (re)distribución más equitativas que las actualmente existentes.

La conceptualización de los cuidados

En las actuales circunstancias, la importancia y visibilidad de los cuidados es indiscutible, entre otras razones porque aportan centralmente todo su potencial durante la emergencia sanitaria. El carácter polisémico del cuida-

3 Ambos enfoques constituyen una metodología de abordaje de tipo transversal e interdisciplinario que, en el primer caso, identifica la estructura de poder existente y las asimetrías que construye para jerarquizar las relaciones entre los sexos. En el caso del enfoque de derechos humanos, establece la conexión entre las obligaciones existentes en pactos y tratados internacionales y las políticas públicas internas. De manera interseccional, permiten identificar la configuración de las políticas e instituciones públicas y las relaciones sociales que se construyen atravesadas por estructuras de poder. CEPAL, 2006; Abramovich y Pautassi, 2009.

4 En Balardini et. al, 2020 se realiza un relevamiento bibliográfico exhaustivo, en base a palabras clave vinculadas al TnRS, con motores de búsqueda de publicaciones, tanto académicas como de materiales de política pública e incidencia, que sirven como antecedente de investigación directo del presente artículo. La búsqueda de material teórico y empírico se realizó a partir de una mirada interdisciplinaria que incluyó más de cincuenta textos provenientes de las ciencias médicas, sociales, economía y políticas públicas, complementada luego con la técnica de la bola de nieve a partir de seleccionar los más relevantes, que permitieron, a su vez, identificar otros, hasta alcanzar la saturación teórica de un tema.

do evidencia las dificultades que ha tenido su conceptualización.⁵ Se suele definir como cuidado a todas aquellas actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, al brindarles los elementos físicos, subjetivos y simbólicos que les permiten desarrollarse y vivir cotidianamente.⁶ Al abarcar un espectro tan amplio –ya que incluye, en primer lugar, al cuidado directo de otras personas, particularmente, aquellas que por la edad o por capacidades, como el caso de las niñas, niños y adolescentes (NNA)–, las personas mayores, o con discapacidad, o quienes se encuentran enfermas no se lo pueden proveer por sí mismos, pero también incluye a las personas que se autoproveen dicho cuidado.⁷ En segundo lugar, incluye una serie de actividades que van desde la provisión de las precondiciones en las que se realiza el cuidado (limpieza, preparación de alimentos de acuerdo con las demandas), la coordinación del cuidado (horarios, realizar traslados a centros de salud) y los recursos económicos, de infraestructura y de tiempo que requiere asumirlos.⁸ A su vez, y en la medida en la que alguien necesita algo que otras personas pueden darle, los cuidados se insertan en relaciones de poder y se producen configuraciones problemáticas en torno a ellos.⁹ En el caso del TnRS, tal como desarrollo a lo largo del artículo, se evidencian múltiples asimetrías entre el saber especializado (saber médico), quiénes deben ser cuidados y a quiénes se involucra para cuidarlos.

Todas estas actividades no son otra cosa que trabajo, intenso, de calidad y con ciertas especificaciones y en base a patrones culturales determinados. Estos se realizan centralmente en el interior de los hogares, de manera remunerada o no, casi de manera exclusiva a cargo de las mujeres, y atraviesa familias, mercados laborales y políticos, incluso fronteras en la conformación de cadenas globales de cuidados a cargo de mujeres migrantes.¹⁰ Pero

5 Folbre, 2001, Tronto, 2010.

6 Borderías y Carrasco, 1994.

7 Marco Navarro y Rico, 2013.

8 Durán, 2018; Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014.

9 Lamas, 2018.

10 Acosta, 2015; Gonzalvez y Acosta, 2015.

también existen instituciones de diverso tipo que los proveen.¹¹ Al igual que todo tipo de trabajo, el cuidado insume mucho tiempo. Según lo demuestran las encuestas de uso del tiempo disponibles en los países de América Latina, el 77% del trabajo no remunerado es realizado por las mujeres y se concentra en labores de cuidado y mantenimiento del hogar.¹² Adicionalmente, demanda infraestructura, cuya accesibilidad puede facilitar la organización del cuidado, y cuya ausencia o debilidad puede obstaculizarla, algo que en el contexto de la pandemia y las medidas de aislamiento y confinamiento obligatorio ha quedado claramente expuesto, tanto en su valor como en su utilidad. Finalmente, los arreglos de cuidado también involucran recursos monetarios, los que se requieren para la compra de bienes y servicios necesarios para satisfacerlo.¹³

Y respecto de los satisfactores, se han conformado instancias como el denominado diamante del cuidado,¹⁴ en el que, de manera mancomunada, las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias (OSC), los producen y distribuyen. El aspecto destacable es que en términos de responsabilidades, asignaciones y carga de trabajo, se encuentra injustamente distribuido, ya que se delega y concentra en las mujeres, sin que los varones –que también demandan cuidados– hayan avanzado sustantivamente en pos de involucrarse en estas tareas.¹⁵

Pero además de ser un trabajo intenso y absolutamente vital para garantizar la supervivencia de las personas, el cuidado constituye un derecho humano: “el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado”¹⁶ que se encuentra incorporado en pactos y tratados internacionales e integra el corpus interpretativo de derechos humanos.¹⁷ En tanto derecho, impone obligaciones que

11 Araujo Guimarães; Hirata y Sugita, 2011.

12 CEPAL, 2019, p. 213.

13 Ellingstaeter, 1999.

14 Razavi, 2007.

15 Tronto, 2010.

16 Pautassi, 2007, p.18.

17 La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, de 2015, lo incluye explícitamente en su denominación completa. Los sistemas nacionales de cuidado de Uruguay, Costa Rica, y recientemente el de la Ar-

deben ser cumplidas en el marco del diseño de políticas universales, transversales, con presupuestos regulares y en base a un enfoque de género, en interdependencia con el conjunto de derechos económicos, sociales y culturales y civiles y políticos.

La consideración del cuidado como derecho permite no solo avanzar en ampliar el margen de exigibilidad, participación social, rendición de cuentas y eventual justiciabilidad al establecer obligaciones estatales positivas y negativas al Estado, sino que permite desvincularlo de la obligatoriedad de provisión ligada al sistema educativo o al trabajo asalariado formal. En el caso específico del trabajo en salud, el reconocimiento del cuidado como derecho promueve un ejercicio interdependiente con otros derechos, lo que fortalece, así, la relación entre cuidado y salud.

La particularidad del TnRS

Lo expuesto hasta el momento da cuenta del carácter esencial del cuidado, pero que en general, no se asocia con la salud, ya que la frontera entre la cotidianeidad que lo demanda y el carácter extraordinario de los requerimientos de salud asociadas a situaciones de enfermedad hacen que se los reserve para ámbitos de los saberes médicos.¹⁸ Sin embargo, en el caso de la salud, el cuidado asume características específicas, complejas y de alta demanda, y que forman parte de un tratamiento médico, de un acto posquirúrgico o de un acompañamiento permanente durante enfermedades crónicas, situaciones de discapacidad, o cuando se trata de afecciones a la salud mental, que son centrales para garantizar la salud de la persona y que se llevan a cabo principalmente de manera no remunerada en los hogares y están a cargo de las mujeres.¹⁹

La particularidad de la invisibilización de este tipo de cuidados es que han sido incorporados por parte de las políticas y acciones estratégicas de salud, de las medidas y campañas de prevención, aunque sin que se los identifique como tales. La delegación implícita del cuidado en salud que realizan, por

gentina, parten en su diseño por garantizar que el cuidado es un derecho humano.

18 Batthyány, Genta y Perrota, 2014.

19 Balardini et. al, 2020.

ejemplo, las y los médicos pediatras a las madres luego de cada control de NNA implica un catálogo detallado de prácticas en salud de alta relevancia para el crecimiento saludable. Sin embargo, no solo que no es valorado por los profesionales como central para garantizar los buenos resultados en el desarrollo infantil, sino que frente a cualquier desviación estándar o cambios en los percentiles de crecimiento, el reclamo es directo hacia la madre, en ausencia casi total del padre, tanto en la visita al consultorio especializado como en la asistencia cotidiana.²⁰

Así, el cuidado que las mujeres proporcionan al interior de las familias se configura como un verdadero sistema invisible de atención a la salud.²¹ Brindar cuidados en salud impacta directamente en la calidad de vida de las cuidadoras y en el tipo de atención que brindan, ya que afecta su salud física y psicológica, lo que se comprueba en diversos síntomas, como depresión, ansiedad, irritabilidad, mialgias y problemas crónicos circulatorios y articulares con fuerte impacto sobre la autonomía.²² Los efectos negativos en la salud no solo afectan al bienestar de cada mujer, sino que también representan un costo para el sistema de salud.²³ Nuevamente, en el caso de la pandemia, estas situaciones expusieron con crudeza la sobrexigencia tanto para el personal en salud remunerado como para el trabajo de salud no remunerado realizado en los hogares.

20 En el caso de las mujeres destinatarias de programas de transferencia condicionada de ingresos, cuya corresponsabilidad son los controles sanitarios y la regularidad educativa de NNA, las y los profesionales de la salud establecen fuertes sanciones morales a las madres respecto de las formas en que resuelven el cuidado y delegan prescripciones para cuidados en salud, muchas veces imposibles de implementar en los contextos de vulnerabilidad en que viven, Pautassi, 2019. Es lo que se ha llamado el maternalismo social. Martínez Franzoni y Voorend, 2009, p. 37.

21 En España, las familias conforman el principal ámbito prestador de cuidados a la salud. Solo el 12% del tiempo total dedicado anualmente a esta función lo aportan las y los profesionales sanitarios; el 88% restante es tiempo dedicado mayoritariamente por las mujeres al interior de los hogares. Durán, 2008, p.153.

22 Hernández Bello, 2012.

23 Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2018.

Cuestiones generales y específicas del cuidado en salud

Un primer aspecto a destacar, cuando se realiza un relevamiento de la literatura especializada,²⁴ es que la mayoría de los estudios caracterizan al cuidado en general, y al cuidado en salud en particular, como una actividad económica, pero a la vez productora de valor económico.²⁵ El énfasis queda puesto en su carácter difuso, generalizado, invisibilizado, en la dificultad de medición y, en muchos casos, en su carácter no remunerado. Por comparación con las actividades de la economía mercantil, el cuidado se asimila a las tareas de vigilancia, más fácilmente medibles por el tiempo de incompatibilidad con otras actividades que por las tareas específicas desarrolladas. En este sentido, es una actividad paradigmática del sector servicios.²⁶

Así, en la literatura anglosajona existe una clasificación del tipo de cuidado en salud que tiene incidencia en quien cuida y por qué medios, y a partir del análisis por grupos etarios. Lundsgaard²⁷ analiza el cuidado de la salud a personas mayores en doce países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El análisis parte del concepto de “envejecer en el propio lugar” (*ageing in place*), que refiere a la mayor cantidad de personas que reciben financiamiento público para el cuidado de larga duración en el hogar. Estos cuidados son clasificados en dos tipos: i) los cuidados curativos y rehabilitantes, que se diferencian del ii) cuidado en salud prolongado o de larga duración, a personas con alguna discapacidad u otro tipo de enfermedades y que se presenta con mayor frecuencia en las últimas décadas, entre otros efectos, debido a la transición demográfica acelerada. En este último caso, las personas que requieren cuidado de la salud de forma prolongada poseen limitaciones para realizar por sí mismos las llamadas actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC), como comer, vestirse, bañarse, levantarse de la cama y acostarse, ir al baño, contener las necesidades fisiológicas, o las llamadas actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC) que implican que una persona pueda vivir independientemente, como preparar sus propias comidas, limpiar, lavar la ropa, tomar la medicación, caminar o acceder al transporte hacia el centro médico, usar elementos tecnológicos y de comunicación, entre otros. La diferencia entre

24 Se sigue aquí el relevamiento realizado en Balardini, et. al, 2020.

25 Rodríguez Enríquez, 2012.

26 Durán, 2000, p. 12.

27 Lundsgaard, 2005.

cuidado prolongado y el de rehabilitación es que los últimos dos se orientan a cambiar la condición médica de una persona, mientras que el cuidado de largo plazo solo compensa una inhabilidad que se extiende en el tiempo. Estos tipos de cuidados de la salud no son excluyentes y pueden combinarse.²⁸ Por otra parte, tal como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), no necesariamente las personas mayores requieren cuidados especiales, salvo que tengan enfermedades con repercusión física o cognitiva.²⁹

En paralelo, se encuentra presente el “cuidado informal” como parte del TnRS, que es aquel provisto por cuidadores, como parejas, familiares, amigos/as o vecinos/as con los que la persona que requiere cuidados tiene una relación preexistente.³⁰ También pueden ser voluntarios/as, usualmente vinculados a alguna organización de la sociedad civil o religiosa que, tal como se analizó, integran la cuarta arista del diamante.³¹ El carácter informal no se vincula, en este caso, con la precariedad en el mercado de trabajo, sino con su carácter no remunerado. No obstante, el cuidador o la cuidadora en estas condiciones puede recibir una transferencia monetaria por su provisión de cuidado, como se prevé en varios países europeos, pero sin que esto formalice la relación.

Los resultados de las experiencias en países de Europa muestran que, en general, se han implementado arreglos de cuidado cada vez más flexibles que terminan favoreciendo las estrategias informales utilizadas para proveerlo. De todas maneras, en la mayoría de los casos seleccionados,³² existe una transferencia de recursos desde los Estados a los pacientes para solventar sus gastos de asistencia en el hogar.

28 *Idem*, p. 9.

29 En consideración de la OMS, 2015, p. 136: “[l]os sistemas de cuidados de largo plazo posibilitan que las personas mayores que experimentan pérdidas significativas de capacidades, reciban el cuidado y apoyo de otros en consonancia con sus derechos y libertades fundamentales y su dignidad humana”.

30 Lundsgaard, 2005, p. 9; OMS, 2015, p. 246.

31 Razavi, 2007.

32 Australia, Austria, Canadá, Alemania, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos fueron los países seleccionados en el estudio de Lundsgaard, 2005.

Entre otras de las denominaciones adoptadas por la literatura especializada, se encuentra el cuidado informal no remunerado, que es aquel provisto por familiares y amigos, para el caso de pacientes crónicos o enfermos terminales, así como para los que sufren algún tipo de discapacidad.³³ En los casos en que el cuidado es asumido por la familia, implica el desarrollo de relaciones íntimas, la posibilidad de contar con un espacio privado en el que transcurra el cuidado, en el que no existe intercambio monetario (en la mayoría de las ocasiones), en un contexto de ausencia casi total de regulación externa. La mayoría de los cuidadores familiares asumen su rol como natural, o como una parte frustrante y pesada de la vida familiar de la cual no pueden abstenerse. Es frecuente que no sean reconocidos como cuidadores/as, sino que son visibilizados por su vínculo de esposas/os, hermanas/os, hijas/os, acompañantes y asumen, así, como propio de dicho vínculo este tipo de trabajo no remunerado.³⁴

En general, las tareas que se han identificado en los hogares en relación con el cuidado en salud son: higiene corporal y del hogar, nutrición, vigilancia para prevención de accidentes y enfermedad, ejercicios físicos, regulación térmica del hogar, gestión de la atención sanitaria, tareas complementarias de la atención sanitaria, como entrega de medicamentos, estimulación, masajes, entre otros.³⁵ Una descripción detallada señala:³⁶

“La gente que tiene puestos jerarquizados (administradores, médicos y hasta enfermeras) no tiene mucha confianza en la capacidad de las personas que cuidan: las ayudantes, los familiares, mucha gente que hace el trabajo básico de cuidado. Estas personas no tienen legitimidad desde la mirada de la jerarquía. Aquí hay un trabajo muy impor-

33 Arno, Levine y Memmott, 1999, p. 182.

34 Levine, 1999, p. 346.

35 Durán, 2000, p.16.

36 Wlosko y Ros, 2015, pp. 449-450. Las autoras reconstruyen esta definición en el marco de una entrevista a Pascale Molinier, 2015, quien ha desarrollado desde abordajes interdisciplinarios las características del cuidado en salud, con fuerte impronta en la subjetividad y desde el psicoanálisis.

tante a realizar a fin de pasar del paradigma de visibilidad y reconocimiento”.³⁷

Los anteriores abordajes se complementan con los trabajos desarrollados en América Latina. En primer lugar, se destacan las investigaciones desde la antropología médica, principalmente, en el desarrollo de Eduardo Menéndez,³⁸ quien ha agrupado los argumentos que frecuentemente se utilizan para descalificar la atención de la salud en los hogares en tres grandes bloques:

“i) Es irrelevante para la estructura sanitaria y sus políticas, considerándose algo complementario, suplementario o residual”, ii) “Constituye una fuente de problemas, ya que retarda la atención profesional y produce efectos colaterales y riesgos”, iii) “Constituye solo un recurso tácito a instrumentar en una sociedad sometida a un proceso de desigualdad progresiva con respecto a los elementos básicos de protección a la salud.”

Sin embargo, se puede demostrar que esta atención precede, sustituye, influye, evalúa y se asocia siempre con las directivas profesionales. Diversos estudios demuestran que el autotratamiento es apropiado y efectivo, incluso al juzgarlo desde parámetros profesionales.³⁹

Desde una perspectiva feminista, y dado que la autoatención no es más que “lo que hacen gratuitamente las mujeres por la salud de los demás”,⁴⁰ deberíamos entender también estos argumentos como formas de descalificación de género que son utilizadas cotidianamente por los trabajadores sociosanitarios. A su vez, los decisores políticos contribuyen a jerarquizar los trabajos, saberes y contribuciones culturales de varones y mujeres. En el ámbito de la salud se acepta de buen grado el papel de las cuidadoras, siempre con la condición de que estas sigan obedientemente las orientaciones médicas y no cuestionen dicho saber. Mari Luz Esteban sostiene que un modelo antropo-

37 En línea con el dilema planteado por Fraser, 2000 y Fraser y Honneht, 2006 sobre reconocimiento y redistribución, al identificar la presencia, además, de comunidades bivalentes que sufren injusticias de reconocimiento y redistribución.

38 Menéndez, 1996, p.35.

39 *Idem*

40 Esteban, 2003, p.12.

lógico aplicado a la investigación sanitaria podría permitir poner en su justa medida cuál es el aporte de las mujeres cuidadoras a la salud. Esto implica lograr que las mujeres sean consideradas expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras. Para ello, se requiere conocer mucho más sobre el día a día de los cuidados, sobre las estrategias llevadas a cabo por las cuidadoras, las diferencias entre ellas de acuerdo con variables diversas (clase social, edad, etnia, opción sexual, ocupación), y las dificultades y tensiones concretas de las mujeres y las familias. Estas situaciones, del “día a día” son las que, en el marco de la cuarentena de la COVID-19, resultan notorias y en las que, por ejemplo, la higiene y desinfección del hogar, de la vestimenta, alimento son la principal prescripción para la prevención y evitar contagios, pero, claramente, quedan a cargo de las mujeres.⁴¹

En el caso latinoamericano, los saberes feminizados en relación con la salud ocupan un lugar destacado. Una investigación realizada con un grupo de madres de la ciudad de México,⁴² al analizar los sistemas de saberes desarrollados sobre enfermedades y el posicionamiento que las madres, destaca la falta de reconocimiento desde el modelo médico hegemónico del papel como curadoras de las mujeres, en un contexto, además, en el que la biomedicina no llega a una parte mayoritaria de la población: “[l]a madre aparece como la receptora de las indicaciones médicas, como la ‘cuidadora’, protectora, educadora, pero pocas veces se valora su papel como curadora, como parte fundamental de los sistemas de atención a la salud y como el recurso no solo más estratégico y accesible, sino también con un nivel relativamente alto de eficacia y eficiencia, en términos de costos y resultados para el grupo doméstico”.⁴³ Asimismo, destaca la subvaloración que las propias mujeres tienen de sus conocimientos sobre la salud y su subordinación al saber médico y/o a su pareja, a pesar de ser ellas las depositarias de un gran conjunto de saberes, y de que la inmensa mayoría de las actividades de atención pasan por sus manos.⁴⁴ Nuevamente, el androcentrismo opera como elemento central en la falta de reconocimiento del TnRS.

41 Articulación Regional Feminista (ARF), 2020.

42 Osorio, 1999a.

43 *Idem*, p. 66.

44 *Idem*, 1999b.

Otro elemento vinculado a la idea de saberes acerca del cuidado de la salud, concentrado centralmente a nivel comunitario y por fuera de la institucionalidad de la medicina alopática, se vincula con la medicina tradicional o ancestral, que corresponde, sobre todo (aunque de modo no exclusivo), a los sectores rurales de América Latina, especialmente en algunos países con presencia mayoritariamente indígena.⁴⁵ Desde un enfoque de derechos humanos, es clave considerar y respetar las prácticas culturales. En este sentido, la medicina tradicional herbolaria (recetas ancestrales derivadas de plantas nativas) ha sido considerada como una alternativa terapéutica básica para un importante sector de la población rural que no tiene acceso a la medicina tradicional. Uno de los argumentos al respecto es que la población rural no constituye un mercado significativo para la medicina privada por el bajo nivel de sus ingresos y, por lo tanto, no se estimula su inclusión dentro de los sistemas de salud.⁴⁶ Desde el punto de vista del desarrollo rural, se considera que la sistematización de saberes mediante estudios que los rescaten e incentiven desde el huerto familiar o la parcela, con especial participación del grupo familiar, será siempre el elemento central para poder aprehender la medicina familiar tradicional.⁴⁷ Ahora bien, lo que no se distingue es que en estas recomendaciones vinculadas al trabajo rural familiar se invisibiliza la concentración de trabajo de las mujeres, quienes participan en ambas actividades de manera simultánea.

A nivel institucional, y en el caso latinoamericano, hay una presencia mayor de un tipo de régimen familista o familiarista, en el que la responsabilidad principal del bienestar se delega en las familias y, dentro de ellas en las mujeres en las redes de parentesco, en las que tradicionalmente prevalece el trabajo de cuidado no remunerado y la unidad que recibe los beneficios es la familia.⁴⁸ Los supuestos de este régimen son la centralidad de la institución del matrimonio legal y una rígida y tradicional división sexual del trabajo.

45 Jiménez Cabrera, Espinoza Sánchez y Hernández Juárez, 2015.

46 Jorand, 2008.

47 Bañuelos, 2007; sostiene que, en la tradición indígena, los recursos vegetales son considerados producto de la cultura y se encuentran constantemente presionados por el avance de la medicina alopática de los grandes centros urbanos.

48 MartínezFranzoni, 2010.

En aquellos Estados que presentan un régimen desfamiliarizador⁴⁹ hay una derivación hacia las instituciones públicas y hacia el mercado.

Respecto del TnRS en América Latina se vislumbra, en las últimas décadas, un giro del régimen desfamiliarizador a uno nuevamente familista, por las condiciones del contexto poblacional y de los sistemas de salud. La preocupación por el cuidado de las personas y las responsabilidades públicas ha adquirido un carácter de urgencia debido a los cambios demográficos y las consiguientes demandas y necesidades sociales de cuidado. Por otra parte, las reconfiguraciones del sector salud han reducido las prestaciones y han trasladado las responsabilidades de cuidado en salud a los hogares y, en ellos, a las mujeres.

Nuevamente, estas situaciones quedaron claras en el momento de la declaración de la emergencia sanitaria por la COVID-19. El presupuesto de los gobiernos, para asumir en pocas horas las medidas de aislamiento obligatorio, cuarentena y/o toque de queda, se basaron, claramente, en esta dinámica familista de resolución del cuidado, sin considerar que, precisamente, no se encuentra distribuido de manera equitativa. Tampoco se consideraron las situaciones de violencia doméstica preexistentes, en las que las medidas de confinamiento traen como consecuencia que muchas mujeres deban convivir con sus agresores las 24 horas del día y en un espacio precario, sin poder salir de él.⁵⁰ Si bien se han adoptado medidas urgentes por parte de los mecanismos para el avance de las mujeres, en la mayoría de los países, la situación presenta una gravedad mayúscula que debe ser abordada.

En otros casos, las recomendaciones, carga de trabajo adicional (especialmente de tipo sanitaria o escolar en caso de NNA), sumadas a las obligaciones sociales que deben adoptarse frente al contagio de la COVID-19 y el distanciamiento social, que impide el acceso a redes de interacción y de cuidado familiar, han provocado el surgimiento de conflictos ocultos e invisibilizados, que se han agravado debido a la pérdida de ingresos monetarios y sobrecargas de trabajo de cuidado en las mujeres, lo cual repercute en nuevas formas de violencias inter e intrafamiliares. Tal como señala UNICEF: “[l]as niñas y niños son las víctimas ocultas del coronavirus”.⁵¹ Las consecuencias

49 Esping Andersen, 2000.

50 ARF, 2020.

51 Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2020, p. 6.

de la crisis en la vida de NNA tienen muchas aristas y son todas graves: dejan de jugar, trabajan de forma remunerada y no remunerada, dejan espacios públicos por inseguridad, padecen desnutrición o mala alimentación, están dispuestos a hacer sacrificios para ayudar a sus familias, tienen preocupaciones y estrés que dañan su desarrollo y afectan el ejercicio de sus derechos, incluidos los derechos a la educación y a la salud.

Este espectro de situaciones –durante las crisis o sin ellas– dejan en claro que es altamente significativa la cantidad de personas dependientes que requieren de cuidados especiales y son claramente escasos los servicios públicos y privados que están disponibles. Por eso, las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado de las personas mayores y de NNA, a lo cual debemos reiterar las transformaciones operadas en los sistemas de salud pública en América Latina desde la década de 1990 a la fecha, que trasladan a los hogares y nuevamente a cargo de las mujeres el cuidado de los procesos de salud-enfermedad.⁵² Estas situaciones, claramente, sufrirán nuevas transformaciones en el escenario pospandemia, que necesariamente demandarán reconfiguraciones en los sistemas de salud, entre otros. En todo caso, una de las principales enseñanzas que debería dejar esta pandemia es que las respuestas integrales y en base a derechos humanos y enfoque de género son las más eficaces y equitativas.

En síntesis, se trate de regímenes de bienestar más o menos desarrollados, con mayor o menor efecto desfamiliarizador, lo cierto es que aparece como constante que la provisión de cuidados en salud realizada por las familias se encuentra invisibilizada. El carácter no remunerado de estas actividades contribuye fuertemente a que no se reconozca ni el trabajo que implican –de mayor complejidad en relación con otro tipo de cuidados– y a que no se considere el tiempo que demandan y, por ende, su contribución a la producción de bienestar social. Sin embargo, la desvalorización de este tipo de tareas no solo refiere a su carácter no remunerado, sino que traduce las múltiples discriminaciones de género persistentes. Se configura, así, una frontera clara entre las tareas que se prestan al interior del sistema de salud y las que se prestan de manera no remunerada al interior de los hogares, generalmente, por las mujeres. A modo de ejemplo, la ausencia de consideración de los cuidados que demanda el campo de la salud mental es todavía más dramático, sin que se repare en el impacto que producen en el entorno familiar y perso-

52 Batthyány, 2015, p. 16.

nal.⁵³Únicamente adquieren relevancia como cuidados de la salud, aquellos que se brindan en el sistema institucional de salud, que se integra, en general, por instituciones públicas y privadas y ofrece servicios profesionales y remunerados a cargo de recursos humanos en salud. Por el contrario, estos servicios constituyen “solo la punta de un iceberg en el que el cuidado no remunerado, sobre todo, dentro de las familias, se configura como un verdadero sistema invisible de atención a la salud”.⁵⁴ La paradoja de la actual emergencia sanitaria provocada por la COVID-19 es que el iceberg ya pasó la línea de flotación, y el cuidado históricamente invisibilizado es el que tracciona para resolver la crisis, con la centralidad, además, del TnRS.

Crisis de cuidados en el marco de la crisis sanitaria

Al inicio del siglo XXI, el concepto que se instala en el campo de los estudios de género es la denominada crisis de cuidado. La bibliografía anglosajona la define como care crunch, asociada centralmente al resultado de los cambios poblacionales que implican el constante incremento en la necesidad de cuidado prolongado, así como una baja en la disponibilidad de cuidadores/as no remunerados por su ingreso al mercado de trabajo.⁵⁵

Como consecuencia de los procesos de transición demográfica, caracterizados por el aumento de la esperanza de vida, tanto en los países centrales como en América Latina, se registra una mayor proporción de enfermedades crónicas o situaciones que generan algún tipo de discapacidad, sea física o mental, al mismo tiempo que demandan mayores instancias de cuidado, las que no están pudiendo ser resueltas en los hogares. En paralelo, dado el marcado descenso de la tasa de natalidad y diversos cambios en las estrategias reproductivas que se vinculan con el envejecimiento de la población, se han producido cambios a nivel de la relación de dependencia.⁵⁶

Esta situación de crisis se produce debido a que en los hogares hay menos personas disponibles para cuidar, y los problemas se presentan, no por

53 Balardini, et. al., 2020.

54 Durán, 2008, p. 114.

55 Lundsgaard, 2005, p.32.

56 Esteban, 2003, p. 3.

causa de una relación de dependencia directa entre NNA que necesitan ser cuidados y las personas en edad activa (de quince a sesenta y cinco años) con capacidad potencial para cuidar, sino que se concentra en un aumento de las relaciones de dependencia total debido al número de personas mayores que deberían ser solventadas económicamente y cuidadas por las personas activas. Por otra parte, existe un número relevante de personas mayores que se declaran como autoválidas o independientes, que a priori no requerirían cuidados específicos, pero sí atención de manera generalizada y desde una lógica de gestión del cuidado. De allí la relevancia de contar con herramientas metodológicas que permitan precisar los niveles de dependencia de las personas mayores.

Debido a que la mayor parte de los cuidados de la salud tienen lugar en los extremos del curso de vida, y transcurren mayoritariamente en el ámbito doméstico, las personas que lo prestan –centralmente mujeres– no llegan a abandonarlo nunca. A su vez, quienes están incorporados a la estructura productiva son devueltos al casi exclusivo cuidado del hogar cuando contraen enfermedades, sufren accidentes, caen en dependencias que les incapacitan para la vida institucional o alcanzan una edad en la que el riesgo de contraer una situación incapacitante es elevado.⁵⁷ Este regreso al ámbito del hogar es siempre el regreso y traslado de responsabilidades de cuidado a una mujer, sin que se repare en la complejidad del significado de dicho retorno.⁵⁸

Estas múltiples situaciones han implicado que aumentara el gasto público en el cuidado de la salud a nivel global. Las presiones financieras han llevado a que distintos países cambiaran las formas en las que tradicionalmente se organizaban los gastos. Como consecuencia, aumentó la cantidad de servicios de cuidado brindados en el hogar y en el ámbito comunitario y estos recayeron en cuidadores no remunerados. La disponibilidad de instrumental médico de baja complejidad (tensiómetros, nebulizadores) y de venta libre es un dato relevante del traslado de estos cuidados en salud al hogar. Otro de los factores a considerar es que la duración del cuidado en salud se ha extendido, y el trabajo de los y las cuidadoras se ha complejizado, con tareas que

57 Durán, 2000, p. 17.

58 Rico, 2011.

van desde cambiar tubos de gastrostomía y bolsas de colostomía, a proveer quimioterapia hogareña.⁵⁹

Las investigaciones analizadas indican que los costos asumidos por los y las cuidadores/as no remunerados, incluidos el tiempo destinado y los costos de productividad, a menudo corresponden a proporciones significativas del gasto público en salud. Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones económicas no los incluyen.⁶⁰ Tampoco se evalúa el traslado de la recuperación y tratamiento desde los centros de salud hacia los hogares, ni se precisa la manera en que las estancias hospitalarias han decrecido⁶¹, sin que disminuyan los costos que deben pagar por los servicios los usuarios, en particular en los de medicina prepaga o en los sistemas de seguro médico. Un ejemplo más complejo es la desinstitucionalización de enfermos mentales sin los consiguientes elementos y recursos para que las familias puedan asumir la complejidad de la convivencia que implica para todo el núcleo familiar. En otros términos, el traslado del ajuste y la reducción de costos hospitalarios se produce a costa de las mujeres que responden con TnRS y también a costa de las enfermas y enfermos. Es decir, las familias, pero principalmente las mujeres, pasan a subsidiar directamente al sector salud, y en este caso, a la institucionalidad de salud mental, con su trabajo cotidiano, de alta exposición y desgaste físico y emocional, pero que afecta, también, a las personas cuidadas. Lejos de volver más efectivas las prestaciones, produce nuevas situaciones de desatención, conflictos y violencias.

Vinculado a lo anterior, Callahan⁶² sostiene que un tema fundamental relacionado con el cuidado de la salud en el hogar es la responsabilidad intergeneracional y la pregunta de si es razonable pedir a las personas más jóvenes que provean cuidado para la salud de las personas mayores. Además de la relación mayor demanda de cuidado versus menor disponibilidad de cuidadores/as, algunas autoras han desarrollado el concepto de crisis vinculado con una combinación de factores que incluyen cambios en los mercados de trabajo, transformaciones demográficas al interior de las familias, que decrecen en tamaño o se fragmentan y cuya consecuencia es que se dificulte

59 Lilly, Laporte y Coyte, 2007, p. 642.

60 Tranmer et al., 2005, p.449.

61 Coyte y McKeever, 2001.

62 Callahan, 1996, citado en Wolf, 1999, p. 378.

sostener a sus miembros durante sus trayectorias personales y laborales;⁶³ a lo cual se agrega una mayor expectativa por parte de los Estados respecto de que las familias o la comunidad van a asumir los cuidados.

En relación con el empleo remunerado, la crisis tiene un importante componente de inestabilidad, debido a que en las últimas décadas se presentan una serie de riesgos asociados con la reestructuración del empleo, particularmente, por la precarización de este, el crecimiento de trabajos *part-time*, cuya remuneración no es suficiente para costear los gastos del hogar, incluido el cuidado.⁶⁴

Por otra parte, existe una crisis interna, subterránea, en los hogares conformados por personas mayores que presentan afecciones como consecuencia de diagnósticos referidos a enfermedades crónicas, particularmente en la población mayor de sesenta y cinco años, con la salvedad de que la mayoría de estas enfermedades no limitan sus actividades habituales. No obstante, aun cuando algunas enfermedades no impliquen una limitación de estas actividades, esto no significa que no requieran cuidados y asignación de recursos de tiempo, organización y dinero, o que no entrañen preocupaciones o sufrimientos de otra índole.⁶⁵ Sin embargo, al no conformar un impedimento concreto e inmediato, esto avanza en la invisibilización de estas tareas o, en el caso del autocuidado, particularmente de las mujeres, esta provisión de cuidados se adiciona a las demás tareas cotidianas de carácter no remunerado. Es decir, se trata de una suerte de crisis de sostenibilidad respecto de los cuidados y que escasamente se visibiliza, y que se superpone con una recomendación actual generalizada de los sistemas de salud. Me refiero, concretamente, al hecho de que, bajo el argumento de la crisis financiera del sector salud y los costos asociados, muchos países han comenzado a limitar el gasto público en esta área y han alentado así a los individuos a que envejecan en sus propios hogares,⁶⁶ para lo cual la inversión de servicios financieros públicos es más baja que respecto de los arreglos institucionales, aunque la carga económica impuesta a los individuos y sus familias es

63 Hancock, 2002, p.120.

64 Hancock, 2002, p. 125.

65 Durán, 2000, p. 23.

66 Banco Interamericano de Desarrollo, BID, 2018.

más grande. En la pandemia, este argumento queda evidenciado en la instalación del falso dilema economía o salud.⁶⁷

Fraser⁶⁸ agrega que es necesario considerar los efectos del actual sistema económico capitalista, en relación con sus variantes de neoliberalismo financiero, que está provocando no solo una crisis del cuidado, sino una crisis de la reproducción social en sentido amplio. Por esta crisis del cuidado y de la reproducción, la autora refiere principalmente a las presiones desde diferentes direcciones que están exprimiendo una serie de capacidades sociales claves: aquellas disponibles para tener y criar niños y niñas, cuidar amigos o familiares, sostener hogares, comunidades y conformar redes. Los problemas en el cuidado no son accidentales, sino que tienen raíces sistémicas profundas en la estructura de nuestro actual orden social, el capitalismo financiero.⁶⁹ Según esta autora, cada forma de sociedad capitalista aloja una tendencia a la crisis de su reproducción: por un lado, aunque la reproducción es una condición para sostener la acumulación del capital, esta acumulación ilimitada tiene consecuencias desestabilizadoras de estos procesos de reproducción en los que se asienta. Precisamente, para Nancy Fraser, esta contradicción es la raíz de la crisis del cuidado.

En este sentido, para este nuevo capitalismo, el imaginario dominante es la igualdad de género en la esfera de la producción. La reproducción, en contraste, aparece como un residuo, un obstáculo que debe ser descartado con fines de la liberación. Es así que el capitalismo financiero no solo ha disminuido la provisión pública de cuidados necesaria para la reproducción social y ha reclutado a las mujeres en el mundo asalariado, sino que además ha reducido los salarios reales, y ha elevado, por ende, la cantidad de horas de trabajo remunerado de las personas en el hogar que se necesitan para mantenerlo, lo que ha dado lugar a una crisis en la provisión de cuidado al interior de los hogares.⁷⁰

En América Latina, la crisis de los cuidados ha sido situada en el contexto de cambios demográficos acelerados en los países, especialmente caracteri-

67 Bohoslavsky, 2020.

68 Fraser, 2016, p. 99.

69 Fraser, 2016, p.100.

70 *Idem*, p.114.

zados por el envejecimiento progresivo de las sociedades y las transformaciones producidas en los mercados de trabajo, en los que la participación de las mujeres se acrecienta –atravesada por situaciones de desigualdad y discriminaciones múltiples–, en los que, además, las transformaciones en la organización familiar y social del cuidado no se han producido, y en los que, a su vez, los varones se han mantenido al margen de sus responsabilidades de cuidado al tiempo que aumenta la población demandante de estos.⁷¹ Por otra parte, las respuestas institucionales no han dado cuenta de dicha crisis, como tampoco han ensayado medidas para asumirla, por lo que se ha prolongado a lo largo de estas dos décadas del siglo XXI, con mayor malestar y efectos sobre las mujeres.⁷²

En síntesis, la evidencia empírica muestra que el número de mujeres que han ingresado al mercado laboral ha crecido considerablemente en los dos hemisferios. Esto genera interrogantes respecto de su deseo y disponibilidad para desempeñar estas tareas en el futuro, particularmente, porque los varones no han ingresado masivamente a las tareas de cuidado. En términos de ejercicio del derecho a cuidar, se impone una consideración legítima respecto de cuál es el alcance o bajo qué condiciones se ejerce en América Latina, ya que no es un derecho para las mujeres, sino un derecho para cada persona.⁷³

Nuevamente, la actual crisis sanitaria también mostró que resulta inminente la necesidad de revisar las acciones públicas actualmente implementadas en América Latina, las que, a pesar de la retórica, se basan en lógicas asistenciales en vez de estar asentadas sobre derechos. Joan Tronto⁷⁴ advierte: “[e]l riesgo parecería distinto en una sociedad que estuviera organizada en torno a la referencia al cuidado”. Y desarrolla el concepto de sociedad del cuidado en contraposición a la sociedad del riesgo,⁷⁵ la cual requiere para su conformación alcanzar un equilibrio entre las necesidades y los derechos como parte sustantiva de la discusión política.

71 Rico, 2011.

72 Marco Navarro y Rico, 2013.

73 Pautassi, 2007 y 2019.

74 Tronto, 2020, p. 32.

75 Beck, 1998.

Calidad de vida, TnRS y enfoque de género: ¿equilibrio posible?

Los estudios relevados coinciden en que la sustentabilidad del sistema de salud está apoyada o depende, en buena medida, de las prestaciones no remuneradas llevadas a cabo en los hogares, con una particular sobrecarga hacia las mujeres en estas tareas. Existe una relación mediatizada entre los sujetos individuales y los servicios institucionales de cuidado de la salud a través de los hogares.⁷⁶ El sistema sanitario institucional aporta el diagnóstico y los tratamientos más calificados, pero la enorme demanda de trabajo generada por las enfermedades e incapacidades se satisface mayoritariamente fuera del sistema de salud institucional, en forma de trabajo no remunerado. No obstante, y tal como fue analizado, la preocupación por el mejor conocimiento de los costos sanitarios y la referida eficiencia ha corrido pareja al interés por conocer los costos de tiempo no mercantil generados por el cuidado de la salud.⁷⁷

Por otra parte, el cuidado de la salud combina, entonces, la asistencia en el hogar con las prácticas médicas y de salud pública que caracterizan a los sistemas de salud en sus distintas conformaciones institucionales. El diamante del cuidado identificado por la literatura es una realidad dentro del sector salud, la diferencia es que hay dos de las aristas sobrecargadas: familias, y en ellas las mujeres; y organizaciones sociales y comunitarias, centralmente a cargo de mujeres. Así, aunque la mayor parte de la atención sanitaria se desarrolla en los hogares, solo recientemente se reconoce que las actividades cotidianas de promoción de la salud y las prácticas asistenciales que se realizan al interior de las familias o en la comunidad son parte del sistema de salud.⁷⁸

La centralidad del trabajo de cuidados en salud de las mujeres al interior de las familias se manifiesta, también, en la actividad de acompañantes en las consultas médicas y tratamientos. De forma que, cuando una patología o

76 Durán, 2000, p. 17, afirma: “[e]n un sistema económico altamente monetarizado, la enfermedad se convierte en productora de mercancías: el cuidado médico, los fármacos, las instalaciones, los desplazamientos, las pensiones y subsidios, generan una gran corriente monetaria alimentada por el mercado privado y las instituciones de seguros o coberturas públicas”.

77 Durán, 2000, p. 17.

78 Hernández Bello, 2009, p.175.

problema de salud que afecta a un núcleo familiar en su conjunto tiene que ver principalmente con el padre de familia o con un varón dentro de aquel, suele ser una mujer (esposa, madre, hija) la que acaba acudiendo a las consultas en búsqueda de ayuda. Pero también es ella la que va a ser tratada directa o indirectamente a consecuencia de haber sostenido todo el TnRS sumado a las demás responsabilidades de cuidado, y seguramente, a su actividad remunerada.⁷⁹ Otra vez, el TnRS sostiene a los diversos componentes del sistema y es claramente a costa de las mujeres.

Frente a ello, diversas formas de organización social han comenzado a desarrollar experiencias para preservar la salud de sus integrantes. Esta tendencia, muy incipiente y que no alcanza a constituir un cuarto subsector de salud que está compuesto por las OSC, que se suma al sector público, al de los seguros sociales y a la oferta de mercado. Este cuarto subsector se expresa de distintas maneras: promotores de salud, grupos de vecinos, cooperativas de salud, clínicas recuperadas por sus trabajadores/as, y durante la pandemia fueron centrales, también, respecto de la asistencia alimentaria. La presencia de mujeres a cargo del trabajo no remunerado es notoria. A su vez, la acción colectiva en salud tiende a configurarse en torno a los siguientes ejes: democratización social, superación de la pobreza, problemas socioambientales y ampliación de derechos. Los canales colectivos de participación en salud, por lo general, son los informales. Los sujetos de estas acciones deciden participar por distintos motivos: *i*) en algunas experiencias, para proveerse de los elementos necesarios para el cuidado de su salud (medicamentos, servicios médicos); *ii*) en otros casos, tienen origen en reivindicaciones de derechos (derechos reproductivos, lucha por la no discriminación) llevadas adelante por las organizaciones de mujeres o colectivos LGTBI, para recién en un segundo momento dirigirse hacia los servicios de atención médica; *iii*) otras experiencias se vinculan con la toma de conciencia acerca de la necesidad de democratización del saber médico; y finalmente, *iv*) algunas acciones ligadas a reclamos ambientales, de mujeres, se vinculan a organizaciones transnacionales.⁸⁰

Para ilustrar, ya desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, 1978, se afirmaba:

79 Esteban, 2001, pp. 230-231.

80 Burijovich y Pautassi, 2005, p. 73.

“En casi todas las sociedades las mujeres desempeñan una función importante en el fomento de la salud, sobre todo, por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden aportar una importante contribución a la atención primaria de salud, en especial para aplicar las medidas preventivas”.⁸¹

Sin embargo, esa consideración debe contextualizarse en relación con la sobrecarga de trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres y la falta de división del trabajo de cuidados en los hogares.

No se puede desconocer, bajo ninguna circunstancia como también en cualquier propuesta de política, sea para su implementación o para su evaluación o monitoreo, la vinculación entre el valor del TnRs, el derecho al cuidado y el enfoque de género. Las trágicas consecuencias de la pandemia de COVID-19 alertan que, en toda crisis, la única solución es la salida articulada con derechos humanos. Tal como fue señalado, las recomendaciones de los organismos de derechos humanos, en la voz de los relatores o expertos independientes, o de los comités de los pactos y tratados internacionales, se han basado en la incorporación del enfoque de derechos humanos en el tratamiento global de la pandemia.

La crisis sanitaria también mostró que resulta inminente la necesidad de revisar las acciones públicas actualmente implementadas en América Latina, las que, a pesar de la retórica, se basan en lógicas asistenciales en vez de estar asentadas sobre derechos. Esto es, precisamente, una recomendación concreta para la política pública. En cuanto al trabajo remunerado en salud, quienes se encuentran con mayor exposición al virus y a los contagios son las mujeres, ya sean médicas, enfermeras, asistentes, técnicas, personal administrativo o de limpieza. Aproximadamente el 70% del personal del sector salud que ejerce trabajo de cuidados remunerado a nivel mundial está constituido por mujeres.⁸² En los servicios de salud públicos y privados se deben implementar medidas aún más precisas para la protección. Además, combinan la demanda por jornadas laborales más largas que, debido a la rapidez de

81 Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, OMS-UNICEF, 1978, p. 73.

82 Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2019.

propagación del virus, requiriendo una mayor presencia, lo que les implica más exposición al riesgo y con efectos negativos sobre su salud física y mental. A su vez, debido al aislamiento y el cierre de establecimientos educativos y de cuidados, las dificultades para asumir sus responsabilidades son mayores, ya que no cuentan con redes de apoyo y asistencia. Estas situaciones deben ser centrales en la definición de políticas y acciones públicas, durante la pandemia, pero también en el escenario pospandemia.

Por otra parte, poco se conoce sobre las aproximadamente 10 millones de trabajadoras domésticas remuneradas, que en una alta proporción son migrantes, que no han podido regresar a sus países y que no tienen adónde ir debido al confinamiento obligatorio o al ser campesinas e indígenas, y estar impedida también la circulación interna no pueden regresar a sus lugares de origen.⁸³ Al ser quienes realizan los quehaceres del hogar, también realizan trabajos de cuidados en salud, que no estaban contemplados en su modalidad contractual, pero que se les adicionan sin un reconocimiento salarial y naturalizado como parte de su actividad. Estas situaciones eran preexistentes a la pandemia, con altos niveles de precariedad y sin fiscalización estatal sobre la responsabilidad de los empleadores. La principal diferencia durante la pandemia es que se han visto profundamente afectadas por despidos, retrasos en el pago, o directamente, no se les han abonado sus remuneraciones. Asimismo, y para agravar aún más su situación, en muchos casos, las trabajadoras se han visto directamente expuestas al virus por falta de medidas de bioseguridad en los hogares, así como también con presiones para continuar trabajando a pesar de las normas de cuarentena obligatoria que se han adoptado en cada uno de los países.⁸⁴ Una y otra vez, la crisis se encuentra sostenida principalmente por las mujeres.

Conclusiones: TnRS, pandemia y después...

El trabajo no remunerado en salud tiene una centralidad, especificidad y relevancia indiscutibles. Pero, al igual que todo el amplio espectro de los cuidados, se encuentra delegado en las mujeres, sin valoración de la importancia que reviste para la sociedad en su conjunto, pero que además, es el principal elemento con el que cuenta el sector salud para la prevención, para garantizar un tratamiento de las enfermedades y los necesarios procesos de re-

83 ARF, 2020.

84 Salvador y Cosani, 2020.

cuperación. La literatura relevada coincide centralmente en estos aspectos, al mismo tiempo que realiza un llamado urgente respecto de su necesario reconocimiento, como también en lo relativo a su redistribución.⁸⁵

Las políticas en salud pero, en general, el conjunto de políticas sociales, deben garantizar, proteger y proveer lo necesario para el efectivo ejercicio del derecho humano a los cuidados. Y allí las obligaciones estatales son ineludibles. En otros términos, el derecho a cuidar y a ser cuidado en interdependencia con el derecho a la salud de cada persona requiere de un tratamiento preciso y urgente, que supere la sectorialización y se inscriba en un abordaje integral. No es solo un desafío, sino que constituye una obligación para los Estados, que deben proveer las mejores soluciones que garanticen el ejercicio de los derechos humanos en plenitud. Y esta es la principal recomendación en términos de políticas públicas.

La siguiente recomendación para los decisores públicos es que consideren que la actual crisis del cuidado, hoy atravesada por la crisis sanitaria de la pandemia de COVID-19, refleja con enorme claridad que la sustentabilidad de la vida se encuentra en tensión. En primer lugar, porque no se puede seguir avanzando sin que se redefinan nuevos arreglos de cuidado al interior de los hogares, y se supere la injusta división sexual del trabajo hoy existente. En segundo lugar, porque se necesitan políticas activas eficaces que apunten a la distribución de los cuidados entre varones, mujeres y otras diversidades sexuales, pero también que el Estado invierta activamente en recursos económicos, en la capacitación de recursos humanos, su estabilidad laboral y remuneración adecuada, en infraestructura en el sector salud, pero en todos los ámbitos que requiere el cuidado. Especial interés demanda la promoción de “ciudades cuidadoras”⁸⁶ que, como quedó reflejado en pandemia, los problemas preexistentes se tensionaron y reflejaron los accesos y usos diferenciales del transporte y de espacio público.

Estas situaciones muestran cómo el reconocimiento del cuidado en tanto derecho aún es retórico, al no haberse establecido las consiguientes responsabilidades en los varones, pero tampoco el Estado, las empresas y distintos actores políticos y sociales lo asumen como tal. Es decir, no se trata de satisfacer el cuidado si hay recursos disponibles o mayor sensibilidad, sino que es una obligación ineludible. Y en el caso del sector salud, urge como po-

85 Fraser y Honneht, 2006.

86 Rico y Segovia, 2017, p. 459.

lítica sanitaria expresa que se visibilice el TnRS. De la misma manera que los ministerios de Salud mostraron una centralidad clara en el manejo de la pandemia, se presenta como gran oportunidad para que, al recoger las situaciones que se han visibilizado respecto de los cuidados y el TnRS, asuman y promuevan un proceso de transformación estructural. Para dicha transformación es ineludible dejar de pensar que las interlocutoras entre el sector salud y los hogares son las mujeres, sino identificar a cada quien en sus obligaciones de cuidado.

Tal como fue analizado a lo largo del artículo, se vislumbra un contraste interesante entre la crisis del cuidado en países centrales y en América Latina, donde la tensión por la provisión de bienes y servicios es mayor en los países centrales, mientras que en la región, la demanda se concentra en quién asume las responsabilidades asociadas, en el marco de su injusta organización social. En ambos extremos, la situación de crisis es notoria y requiere una urgente intervención. La transición demográfica acelerada que atraviesan los países de América Latina alerta en relación con las políticas que urge adoptar para personas mayores, pero al mismo tiempo evidencia asimetrías generacionales que invisibilizan quién cuida a quién y cómo se cuida, situaciones que están afectando fuertemente acuerdos familiares y comunitarios. Es responsabilidad de los decisores públicos identificar esta cadena de TnRS, de modo de contribuir a su distribución. Nuevamente, no se puede desconocer la relevancia de los cuidados.

En el caso de las personas que atraviesan enfermedades, urge que los sistemas de salud, en el subsector que corresponda, identifiquen los tipos y duración de estas y las especificidades que requieren, de modo, no solo de conocer los tipos de demanda, sino también de diseñar esquemas de capacitación permanente para el personal sanitario pero también para quienes asumen el cuidado en salud en los hogares. Complementariamente, esta información permitirá ampliar las respuestas públicas traducidas en infraestructura, recursos, y en interdependencia con otras áreas de políticas sociales. Las experiencias analizadas en este artículo señalan la presencia de fronteras en el universo de cuidados en salud, las formas de resolución de acuerdo con disponibilidad de ingresos monetarios y otras formas de resolución interseccional por género y clase social, que permanecen invisibles a las gestiones públicas. De la misma manera, la especificidad de los cuidados para NNA, personas mayores y personas con discapacidad tiene

que ser analizada en su particularidad, acorde con recomendaciones para su tratamiento. Y no desconocer que los hogares, lejos de ser unidades armónicas, están atravesados por múltiples discriminaciones de género y violencias. El sector salud tiene allí una función clave para su prevención y erradicación.

Adicionalmente, una vez que se supere la pandemia –que en un escenario optimista, llevará varios años– esta dejará un número dramático de víctimas, como también mostrará un agravamiento de la desigualdad y sociedades profundamente debilitadas. Sin embargo, se presentan oportunidades ineludibles, como la posibilidad de avanzar hacia acuerdos sociales, políticos y económicos que efectivicen el cuidado como derecho humano. Tal como hemos señalado, no se trata de garantizar derechos para las mujeres para que cuiden mejor o presten mejor cuidado no remunerado en salud, sino, precisamente, que la principal recomendación consiste en revisar y transformar la asignación naturalizada e injusta del trabajo productivo y de cuidados en las mujeres.

Tal como propone el enfoque de derechos y de género, en su potencial transformador, requiere de una férrea decisión política. Sería deseable, como humanidad, que la salida de la pandemia de COVID-19 implique una transformación de las desiguales estructurales preexistentes. Hay numerosas opciones disponibles; en este artículo se han presentado algunas que tienen como desafío la urgencia en su adopción tanto a nivel estatal, empresarial, actores sociales y políticos, y particularmente, a nivel familiar y social. Se trata de que consideremos que un regreso a la cotidianeidad o a la nueva normalidad que reproduzca las injusticias preexistentes no es una opción válida, sino, precisamente, de que procuremos transformar esas inequidades para lograr mejor calidad de vida para las personas, y en la que la salud y el cuidado sean bienes públicos igualitariamente distribuidos.

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2020

Fecha de aprobación: 18 de enero de 2021

Bibliografía

Abramovich, V. y Pautassi, L.(comps.) (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. En *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos* (pp. 279-340). Buenos Aires: Editores del Puerto.

Acosta, E. (2015). *Cuidados en crisis y mujeres migrantes hacia España y Chile. Dan más de lo que reciben*. Bilbao: Ediciones Universidad de Deusto-Universidad Alberto Hurtado.

Araujo Guimarães, N., Hirata, H., y Sugita, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Sociología & Antropología*, 1 (1), 151-180. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752011000100151&lng=pt&tlng=pt

Arno, P., Levine, C., y Memmott, M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 18 (2), 182-188. Recuperado de <https://doi.org/10.1377/hlthaff.18.2.182>

Articulación Regional Feminista (ARF) (mayo de 2020). *Los derechos de las mujeres de la región en épocas de COVID-19. Estado de situación y recomendaciones para promover políticas con justicia de género*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?muestra&aplicacion=APP187&cnl=87&opc=53&codcontenido=4220&plcontempl=43>

Balardini, L., Gherardi, N., Martelotte, N., y Pautassi, L. (2020). *El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52207>

Bañuelos, F. (2007). Consideraciones metodológicas para el diseño de propuestas de desarrollo local/regional sustentable en comunidades indígenas. *Ra Ximhai, Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 3 (1), 27-47.

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género, 124. Santiago: CEPAL, Naciones Unidas.

Batthyány, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2014). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4 (1), 33-58.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós.

Banco Interamericano de Desarrollo, BID (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Bohoslavsky, J. P. (2020). *COVID-19 y Derechos Humanos, La pandemia de la desigualdad*. Buenos Aires: Biblos.

Borderías, C. y Carrasco, C. (1994). Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En C. Borderías, C. Carrasco y C. Alemany (comps.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria-Fuhem, 15-92.

Burijovich, J. y Pautassi, L. (2005). *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas*. Serie Mujer y Desarrollo, 60. Santiago: CEPAL, Naciones Unidas.

Callahan, D. (1996). Must the young and old struggle over health care resources? *Journal of Long-Term Home Health Care*, 15 (4), 4-14.

CEPAL (2006). *Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género*. Santiago: Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Naciones Unidas.

CEPAL (2019). *Panorama Social de América Latina*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas.

CIM (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados*. Washington D.C.: Comisión Interamericana de Mujeres, Organización de Estados Americanos.

Coyte, P. y McKeever, P. (2001). Home Care in Canadá: Passing the Buck. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33 (2), 11-25.

Durán, M. A. (2000). La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. *Revista Política y Sociedad*, 35, 9-30.

Durán, M. A. (2008). Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social. En OPS (ed.), *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el*

trabajo no remunerado. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 99-146. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6034>

Durán, M.A. (2018). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En ONU Mujeres (ed.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de Derechos Humanos y políticas públicas* (pp. 24-42). México: ONU Mujeres, Naciones Unidas. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/401596999/LIBRO-DE-CUIDADOS-web-11mayo18-final-pdf>

Ellingstaeter, A. L. (1999). Dual Breadwinners between State and Market. En R. Crompton (ed.), *Restructuring gender relations and employment. The Decline of the Male Breadwinner* (pp. 40-59). Oxford-Nueva York: Prensa de la Universidad de Oxford.

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

Esteban, M. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa.

Esteban, M. (2003). Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. *Congreso SARE 2003 "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del Cuidado"* (pp. 63-84). Vitoria-Gasteiz: Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer.

Folbre, N. (2001). *The invisible Heart. Economics and Family Values*. Nueva York: Prensa de Nueva York.

Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, 4, 55-68.

Fraser, N. (2016). Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*, 100, 99-117.

Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico*. Madrid: Morata.

Gonzálvez, H. y Acosta, E. (2015). Cruzar las fronteras desde los cuidados. La migración transnacional: más allá de las dicotomías analíticas. En M. Guizardi (ed.), *Las fronteras del transnacionalismo: límites y desbordes de la experiencia migrante en el centro y norte de Chile*. Santiago: Ocho Libros, 126-149.

Hancock, L. (2002). The care crunch: Changing work, families and welfare in Australia. *Critical Social Policy*, 22, 119-140. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/02610183020220010101>

Hernández Bello, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), Bogotá, Colombia, 173-185.

Hernández Bello, A. (2012). *El trabajo no remunerado de cuidado a la salud y la igualdad de género: elementos para el análisis de las políticas de salud*. Documento OPS, Washington: OPS.

Jiménez Cabrera, P., Espinoza Sánchez, G., y Hernández Juárez, M. (2015). Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 6 (8), 1791-1805. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342015000801791

Jorand, B. (2008). El conocimiento de la medicina tradicional herbolaria de las comunidades nahuas del Municipio de Hueyapan, en la Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, 15(44), 181-196.

Lamas, M. (2018). División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En ONU Mujeres (ed.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 12-23). México: ONU Mujeres.

Levine, C.(1999). Home sweet hospital: The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 341-359. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/089826439901100305>

Lilly, M., Laporte, A., y Coyte, P. (2007). Labour market work and home care's unpaid caregivers: A systematic review of labour force participation rates, predictors of labour market withdrawal, and hours of work. *Milbank Quarterly, A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 85 (4), 641-690. Recuperado de [10.1111/j.1468-0009.2007.00504.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00504.x)

Lundsgaard, J. (2005). Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? *OECD Health Working Papers*, 20. París: OECD Publishing. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/616882407515>

Marco Navarro, F. y Rico, M.R. (2013). Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. En L. Pautassi y C. Zibecchi (coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 27-58). Buenos Aires: Biblos.

Martínez Franzoni, J. (2010). *Conciliación con corresponsabilidad social en América Latina: ¿cómo avanzar?* Área Práctica de Género. Panamá: PNUD, Naciones Unidas. Recuperado de <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=1246>

Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. (2009). *Sistemas de patriarcado y regímenes de bienestar en América Latina. ¿Una cosa lleva a la otra?* Madrid: Fundación Carolina. DT 37. Recuperado de <http://biblioteca.ribei.org/666/1/DT37.pdf>

Menéndez, E. (1996). El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En J. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 31-62). Granada: Diputación de Granada Editores.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633168/lang-es/index.htm

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf

OMS/UNICEF (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos*. Ginebra: Naciones Unidas. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=A71659436823727C3D18F47173109CE1?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres. Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural. Washington: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=43957-valorar-trabajo-no-remunerado-cuidado-salud-transformar-vida-mujeres-957&category_slug=agenda-salud-sostenible-americas-2018-2030-9479&Itemid=270&lang=es

Osorio, R. (1999a). Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesarias. En M. Esteban y C. Díez (coords.), *Antropología Feminista: desafíos teóricos y metodológicos*. Número especial *Ankulegi-Revista de Antropología Social*, 63-70. Donostia.

Osorio, R. (1999b). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-INAH-INI.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde el enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo, 87. Santiago: CEPAL.

Pautassi, L. (2019). La emergencia del cuidado en los ámbitos locales: múltiples configuraciones. En L. Pautassi (dir.), *La agenda emergente de las Políticas sociales. Movilidad urbana, cuidado y violencias de género* (pp. 119-154). Buenos Aires: Biblos.

Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context*. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. United Nations Research Institute for Social Development, UNRISD. Recuperado de [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0)

Rico, M. (2011). *Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora*. Serie Seminarios y Conferencias, 61. Santiago: CEPAL.

Rico, M. y Segovia, O. (2017). *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.

Rodríguez Enríquez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista de la CEPAL*, 106, 23-36. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11524/106023036_es.pdf

Rodríguez Enríquez, C. y Pautassi, L. (2014). *La organización social del cuidado en niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*. Buenos Aires: Asociación por los Derechos Civiles, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y Centro Interdisciplinario para el estudio de Políticas Públicas, ADC-ELA-CIEPP.

Salvador, S. y Cosani, P. (2020). *Trabajadoras remuneradas del Hogar en América Latina y el Caribe frente a la crisis del COVID-19*. Santiago: ONU-Mujeres, OIT y CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45724>

Tranmer, J., Guerriere, D., Ungar, W., y Coyte, P. (2005). Valuing patient and caregiver time: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 23 (5), 449-459. Recuperado de [10.2165/00019053-200523050-00005](https://doi.org/10.2165/00019053-200523050-00005)

Tronto, J. (2010). Creating caring institutions: politics, plurality, and purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4 (2) 158-171. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>

Tronto, J. (2020). ¿Riesgo o cuidado? Buenos Aires: Fundación Medifé Edita. Recuperado de <https://www.fundacionmedife.com.ar/riesgo-o-cuidado>

UNICEF (2020). *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana*. Buenos Aires: abril de 2020. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/8056/file/Covid19-EncuestaRapida-InformeEducacion.pdf>

Wlosko, M. y Ros, C. (2015). El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. *Revista Salud Colectiva*, 3 (11), 445-454. Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.728>

Wolf, D. (1999). The family as provider of long-term care: Efficiency, equity, and externalities. *Journal of Aging and Health*, 11(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1177/089826439901100306>