

Artículos seleccionados

Economía del cuidado: (In) visibilización del trabajo de las mujeres en el cuidado de personas con discapacidad

María Natalia Echegoyemberry*

Fecha de recepción: 4 de febrero de 2016
Fecha de aceptación: 21 de abril de 2016
Correspondencia a: María Natalia Echegoyemberry
Correo electrónico: echegoyemberry2014@gmail.com

*. Psicóloga - Abogada. Maestranda en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda en Psicología por la Universidad de Palermo. Universidad Nacional de Rosario, Instituto de Salud Juan Lazarte.

Resumen:

El presente artículo se propone visibilizar el trabajo de las mujeres en el cuidado de las personas con discapacidad, rastreando cómo a través de la economía del cuidado se ejerce influencia sobre la subjetividad de las mujeres, derivando de ello consecuencias: en la salud, económicas, políticas, sociales; que marcan, acentúan y refuerzan inequidades y asimetrías de género. Asimismo, cuestiona una concepción *familiarista* o *maternalista* del cuidado, pues si bien el cuidado es una dimensión que atraviesa lo privado y lo público, tiende a ser mostrado como una práctica individual, intrafamiliar y de gestión privada. De ahí, el interés de este artículo en colocar el cuidado en relación a lo público y particularmente, en relación a los derechos humanos fundamentales tanto del que cuida como del cuidado. Así el cuidado aparece como un concepto eminentemente político, y como un proceso histórico e ideológico que oculta la función social y el valor económico

que el cuidado produce. Para finalmente, proponer la recuperación del protagonismo del Estado en políticas públicas de género.

Palabras clave: Economía del cuidado, Discapacidad, Derechos Humanos.

Abstract

This paper aims to bring forth the work of women in the care of people with disabilities, highlighting how – through care economics – women’s subjectivities are influenced; and the health, economic, political and social consequences this entails, which accentuate, underline and reinforce gender inequities and differences. It also challenges the familial or maternal assumption of care, because even if care is an area that affects both public and private spheres, it is mostly portrayed as an individual, domestic and privately managed practice. Hence this paper’s goal is to place care in relation to the public sphere and especially in reference to the basic human rights of both the caregiver and the person being cared for. Care is presented here as a highly political concept, and as a historical and ideological process which obscures the social function and the economic value that care produces. Finally, proposing the recovery of the State’s primary role in public policies of gender.

Key words: Care economics, Disability, Human Rights.

Introducción

Por medio del presente artículo se quiere visibilizar el trabajo de las mujeres en el cuidado de las personas dependientes o con discapacidad, rastreando cómo a través de la economía del cuidado se ejerce influencia sobre la subjetividad de las mujeres, derivando de ello consecuencias: en la salud, económicas, políticas, sociales; que marcan, acentúan y refuerzan inequidades y asimetrías de género.

Podemos señalar, que la economía del cuidado, sostiene que existe una íntima relación entre las formas que una sociedad organiza el cuidado y el funcionamiento del sistema económico (Rodríguez, 2005). Por medio de ésta, se coloca el eje en la centralidad que tiene el cuidado en el desarrollo de los países, y en las cuestiones de género implicadas, develando el valor social y económico que el cuidado genera, en tanto refiere a aquellas prácticas sociales y económicas, que junto con la utilización de bienes y servicios sirven para la reproducción social y cotidiana de la vida de mujeres y hombres. Entonces, cabe preguntarse: ¿Por qué se invisibiliza el valor económico que generan las prácticas de cuidado?

Sin embargo, consideramos que no todo los aspectos del cuidado han sido invisibilizado por igual, sino sólo aquellos vinculados con la función social y económica del mismo, particularmente, se ha silenciado la dinámica de reproducción social en las que las mujeres tienen un rol protagónico. Mientras que por otro lado, se ha exaltado, remarcado y ponderado las actividades que realizan las mujeres basados en ciertos sesgos y prejuicios de género apareciendo éstas como poseedoras de: dones, talentos innatos, vocación o capacidad y sensibilidad especial para para cuidar.

Por un lado, cabe señalar, que las actividades de cuidado tienden a ser invisibilizada jurídica y socialmente, pues, poco se menciona acerca de las prácticas de cuidado que debe realizar la familia para la asistencia permanente de las personas dependientes o con discapacidad y no se prevé una forma de retribución de estas prácticas, parece derivar ello de una posición *familiarista y/o maternalista* del cuidado, en el que las mujeres aparecen como uno de los principales recursos para la salud. En torno a la existencia de éstas se han organizado una serie de derechos-deberes de cuidado y se ha naturalizado la función que deben

asumir en dichas prácticas, definiéndose como *lo propio femenino*, “*la mujer tiene un legado: la responsabilidad en la provisión de cuidados*” (Folbres, 2001, p. 234). El cuidado es una dimensión que atraviesa lo privado y lo público, aunque tiende a ser mostrado como una práctica individual, intrafamiliar y de gestión privada. De ahí el interés en este artículo en colocar el cuidado en relación a lo público y particularmente, en relación a los Derechos Humanos fundamentales tanto del que cuida como del cuidado.

Por el otro, las consecuencias sociales, económicas y políticas varían si se coloca el cuidado como una acción individual, o dentro de una lógica social reproductiva, donde se actualizan y perpetúan las condiciones materiales de vida. Una serie de interrogantes se generan: ¿Por qué el cuidado se sigue planteando como un problema de gestión individual?; ¿Por qué el cuidado de terceras personas, a pesar de su magnitud y de las necesidades que demanda la población, no constituye el objetivo principal y prioritario de políticas públicas?; ¿Quién cubre el déficit de políticas públicas de cuidado?; ¿De qué otra forma se puede concebir el cuidado?; ¿Es posible pensarlo como un derecho humano fundamental y por lo tanto, que debe ser garantizado por acciones propositivas desde el Estado?

Prácticas de cuidado: ¿qué son las prácticas de cuidado?

El cuidado ha sido conceptualizado de diferentes maneras, pudiendo distinguirse múltiples dimensiones para su análisis, sin embargo existe coincidencia en considerarlo fundamental para la vida y la supervivencia de las personas. Fue Freud quien señaló el papel central que el cuidado reviste para la constitución del psiquismo humano (Freud, 1914). Así consideraba, que las personas nacen en un estado de extrema prematuración y sin posibilidades de sobrevivir sin la presencia y sostén de un Otro primordial. Esta situación pareciera extenderse cuando la persona por tener una discapacidad, se encuentra en situación de dependencia absoluta o relativa de cuidados.

Cabe señalar, que se encontró abundante producción científica en relación al cuidado como

una categoría multidimensional y compleja, priorizando algunos autores -aunque no de manera exclusiva ni exhaustiva- diferentes dimensiones: así se ha encontrado investigaciones que priorizan la dimensión social del cuidado o material, colocando el cuidado dentro del modelo de atención y entendiéndolo como prácticas sociales (Menéndez, 1992; 2001, 2002, 2003; Robles, 2007; Ayres, 2008; Iriart, Waitzkin, Breilh, Merhy, 2002); que tienden a la reproducción social (Murrillo de la Vega, 2000); otros basados en la dimensión interaccional, el vínculo, la empatía (Daza de Caballero, Torres Pique, Romano, 2005); y líneas de investigación que destacan la dimensión afectiva del cuidado o inmaterial, basados en la corporalidad total y en la ética del cuidado (Cuesta Benjumea, 2004; Graham, 1983; Haro, 2011; Le Breton, 1998).

Menéndez (2001) quién define el cuidado dentro del *Modelo de Atención* y éste dentro del proceso más amplio de salud/enfermedad y no sólo incluye actividades de tipo biomédicas sino a todas las actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, aquellas que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. Para este autor, las prácticas de cuidado no hay que pensarlas en términos de eficacia o eficiencia, sino en términos de reconocer su existencia. Cabe destacar, que Menéndez (2003), considera a las prácticas de cuidado como prácticas sociales, donde las actividades que se desarrollan están entrelazadas con los significados y por ello, las prácticas de cuidado no pueden ser independizadas ni de las personas que las realizan, ni del contexto social en el que surgen; hay un continuo proceso de transacciones entre las prácticas, los sujetos y los significados.

Se puede destacar, el cuidado como un trabajo que incluye la atención personal e instrumental, vigilancia, acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión con los servicios sanitarios, apoyo emocional y social (García Calvente, 2004). Al respecto, Garrido Luque (2003) establece que el concepto de cuidado varía en diferentes investigaciones, tanto en lo que se refiere a la concreción de actividades englobadas bajo esta etiqueta,

como a la identificación de los colectivos que demandan cuidado

Por su parte, Graham (1983) ha realizado investigaciones que entienden el cuidado como una construcción social dentro del sistema de trabajo y específicamente, en la reproducción de prácticas sociales, siendo éste un fenómeno en el que la sociedad subsiste mediante la replicación de prácticas autopropetuentes, por ello, se procura la permanencia de los actores en el sistema de interacción social.

Las prácticas de cuidado aún cuando se realizan en contexto de cuidado transferido, son subestimadas, poco valoradas y reconocidas por el modelo médico hegemónico (MMH), debido en parte a la escasa vinculación con la tecnología en salud. Las prácticas de cuidado son actividades cuasi-artesanales, que demandan de la corporalidad total (Le Breton, 1998) y requiere de una regulación emocional y un manejo de emociones tanto del que cuida como del cuidado (Hochschild, 1990).

Roles de género: ¿Quiénes cuidan y por qué cuidan?

Menéndez (1992) pudo constatar en sus investigaciones de tipo socioantropológicas que son las mujeres, las que desempeñan el rol de esposa/madre, las encargadas de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención (S/E/A). Así, se ocupan de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos, incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte en las decisiones, o directamente de decidir, de asistir a la continuidad del tratamiento, es la principal informante del médico. Según este autor, parecería ser la mujer y no la familia la que más influencia ejerce en el proceso S/E/A. Por ello, insta a que los roles de la mujer en la familia deben ser problematizados, preguntándose por el rol del padre y por cuál es la verdadera unidad de análisis y de investigación en los procesos de S/E/A, si es la familia o la mujer.

De este modo, Menéndez (1992) considera que el Sector Salud ha dirigido intencionalmente sus

estrategias de Atención Primaria (APS) casi exclusivamente hacia las mujeres. Sin embargo, en términos de organización familiar, éstas se encuentran cada vez más solas en relación al cuidado familiar, manteniendo un rol subalterno, tanto a nivel doméstico como social. La mujer aparece con carencia de tiempos propios y realizando una multiplicidad de actividades. Ellas son en las prácticas impulsadas por el Estado, por el Sistema de Salud y por Organizaciones no Gubernamentales, el principal recurso utilizado, directa o indirectamente para la salud. Ahora bien, cabría preguntarnos si: ¿es ético la utilización de las mujeres como principal recurso para la salud y de qué manera afecta la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres?

Así, son las instituciones como la familia, particularmente, a través del establecimiento de las relaciones de género la que contribuye a la explotación de la mujer y a la reproducción social de la fuerza de trabajo, las mujeres soportan una triple carga: trabajo asalariado, trabajo doméstico y de cuidado de los hijos y personas con discapacidad (Iriart, Waitzkin, Breilh y Merhy, 2002). Ello, se debe en parte a una temprana socialización de la mujer en el cuidado, mediante la socialización primaria se van estableciendo, implícita o explícitamente, valores, pautas, mandatos e ideales provenientes de la cultura patriarcal que instituye la masculinidad como hegemónica y la feminidad como subalterna. Según Murillo de la Vega (2000) a las mujeres tempranamente se le asignan las funciones de cuidado, atención, asistencia y es en la familia dónde se inaugura éste aprendizaje. Para Bourdieu (2011) el orden social tiende a ratificar la dominación masculina apoyándose en la división sexual del trabajo, y asignando actividades, lugares y oportunidades en función del sexo. Así aparece la diferencia sexual entre hombres y mujeres como justificante de la diferencia social y aparece lo masculino como la medida de todo.

De igual modo, Lamas (2000) considera que la diferencia sexual es la base sobre la cual se asienta la distribución de papeles sociales, asignación que no se desprende naturalmente de la biología, sino de la cultura -patriarcal- y es la forma en la que un hecho biológico es valorado socialmente.

Podemos señalar, que, a partir de la valoración social de un hecho biológico, se podrían configurar ciertas discriminaciones de género. Así para Petracci y Mattioli (2009) la discriminación de género se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción que se hace tomando de base los roles y normas socialmente construidas que impiden a una persona disfrutar plenamente de los derechos humanos y por la que se establecen jerarquías que alteran la distribución de bienes, prestigio y poder. El orden social establece lo propio de las mujeres y lo propio de los hombres, prescribiendo o proscribiendo ciertas conductas, fomentando o restringiendo otras. En este contexto, se asigna responsabilidad, casi de manera exclusiva y excluyente, a las mujeres en el cuidado de terceras personas y de dependientes, so pretexto de que “*cuidan más y mejor*”; colocándolas como ha sido demostrado en numerosas investigaciones, en una situación de subordinación, desventaja y de vulnerabilidad diferencial en relación a los hombres, afectándose la salud de las mujeres en desmedro de áreas de despliegue vital: autonomía económica, desarrollo profesional, tiempo libre, desarrollo psicosexual y proyecto de vida. Así la distribución inequitativa de la carga de cuidado, se torna un problema de injusticia en el reparto de roles sociales y genera como ya se indicó, asimetrías sociales que impactan de manera diferencial en la salud.

En síntesis, podemos responder: ¿Por qué cuidan las mujeres? Porque el cuidado es una práctica social que se ha asignado tempranamente a las mujeres, y luego se ha objetivado, interiorizado, y naturalizado como actividad propia femenina, resultando en una pauta de expectativa de lo esperable. Podemos destacar que el género, en tanto construcción social e histórica, se convierte en pautas de expectativas, establece lo que se espera (o no), conforma el orden social y simbólico de las personas (Bourdieu, 2011) y a su vez, opera como un factor de riesgo y de inequidades (Cardaci, 2006).

En este mismo sentido, para Del Valle Murga existen representaciones de género que se erigen en representaciones simbólicas tanto visuales como discursivas, que afectan y son afectadas por

la división de trabajo y por la estructura de poder en un tiempo histórico concreto y contribuyen a la construcción de identidades subjetivas. Estas representaciones de género regulan las pautas de interacción de los sujetos de manera normativa y tienen gran influencia en las expectativas de comportamientos socialmente esperables (Del Valle Murga, 2003). En este marco, la subjetividad femenina se construye estrechamente vinculada al cuidado.

Para otros autores las prácticas de cuidado se relaciona además con la existencia de ciertos constructos psicológicos que son asignados *culturalmente al rol femenino como maternaje, apego, vinculación afectiva primaria, que luego se van asignando y formando parte de la identidad femenina*. Brofman (2002) expresa cómo a través de constructos como el de maternaje, que refiere a la capacidad relacional y de cuidado a otros, se ejerce influencia en la subjetividad de la mujer, pues es una capacidad que se asigna culturalmente a la identidad femenina. Por su parte, Claire Cameron, menciona que el cuidado se presenta como un ejercer de madre (Claire Cameron, 2003). En este sentido, la mujer pareciera cuidar más y mejor deviniendo ese hecho de propia naturaleza. Según Bonder y Burin (1982) la función materna aparece en los discursos sociales como una actividad netamente instintiva, naturalizada y que deriva de su propia anatomía, encubriendo la construcción social que subyace en ese discurso.

Del mismo modo, se considera que las mujeres vivencian el cuidado de terceras personas como una obligación moral, asumiendo ello como una tarea natural, donde aparece el cuidar como una tarea femenina, que tiene su origen en la socialización de mujeres y hombres y una vinculación estrecha con la división social y sexual del trabajo (Valderrama Ponce, 2006).

El cuidado de las personas con discapacidad en el ámbito doméstico

Podemos mencionar que, juntamente con la desigual distribución de roles sociales, asistimos a un proceso en el que se produce un incremento de

la necesidad de cuidado en la población, lo que llevaría a acentuar aún más las inequidades existentes en perjuicio de las mujeres, si no es contrarrestado ello con políticas de género.

En efecto, según el Informe Mundial publicado por Naciones Unidas las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia del cuidado constituyen un verdadero problema de salud pública, dado el alto impacto económico, social y familiar que genera (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En este sentido, cada vez son más las personas con discapacidad, un 10% de la población mundial total presenta algún tipo de discapacidad, lo que representaría unas 600 millones de personas. Según el informe del Ministerio de Salud de Argentina, el 20% de los hogares alberga al menos una persona con discapacidad (Vázquez Barrios, 2008).

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad la mayor parte del apoyo a las personas con discapacidad procede de familiares o redes sociales. En Argentina, es mínima la proporción de personas con discapacidad que se encuentran institucionalizadas, sólo el 3,2%, lo que representa 3.166 personas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

El Ministerio de Salud elabora en Argentina, el Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad, donde se puede observar que el 38,4% de las personas con discapacidad presentan daño desde el nacimiento. Mientras que el 10,4% adquirieron el daño antes de los 9 años. También se describe la situación convivencial de la población con Certificado único de Discapacidad (CUD), teniendo como resultado que el 96,8% de las personas con discapacidad reside en hogares particulares, existiendo una baja institucionalización de esta población. Recientes estudios evidencian que son las mujeres las que se dedican al cuidado de las personas con discapacidad cuando no están institucionalizadas (Vázquez Barrios, 2008). Así en Nicaragua y Chile han corroborado que el rol de cuidador/a en relación a personas con discapacidad es ejercido principalmente por mu-

jes, registraron que las personas con discapacidad cuenta con mujeres cuidadoras del entorno familiar, que dedican un promedio de 10 horas diarias al cuidado (Organización Panamericana de la Salud, 2005; FONADIS, 2005). En este mismo sentido, estudios realizados en la Unión Europea, comprobaron que es la mujer española la que más horas dedica a la semana en el cuidado de la familia y con mayor sobrecarga de estrés, la mujer estaría cubriendo las insuficiencias del Estado en el cuidado, dado el escaso desarrollo de políticas públicas de apoyo a la familia y le permitiría explicar la baja participación de la mujer en el mercado laboral. Constituyendo estas cifras ejemplos de inequidades sanitarias.

Dentro de las causas más frecuentes de discapacidad en la infancia se encuentra la Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), tanto en Argentina como a nivel Mundial (Lorente Hurtado, 2007) Esta patología establece una dependencia absoluta de cuidados, sin los cuales la persona no podría sobrevivir, desarrollarse y crecer, con niveles de autonomía y funcionalidad muy limitados en relación a todas las actividades de la vida diaria (ADV) como: comer, vestirse, alimentarse, recreación y ocio.

Los datos demuestran que el cuidado de las personas dependientes, es decir aquellos que se encuentran en un estado permanente de pérdida de autonomía física, intelectual, o sensorial, que demanda la atención de otra persona para las actividades de la vida diaria, se organiza como gestión privada del cuidado, recayendo la responsabilidad fundamentalmente en la familia y hacia el interior de ésta, en la mujer (Ledon Llanes, 2011).

El cuidado de las personas con discapacidad en el ámbito institucional: Proceso de feminización y naturalización. Beneficios del cuidado transferido

En recientes investigaciones, se ha analizado el proceso de feminización que se da en el sistema de Salud Argentino, encontrando que éste viene acompañado de una precarización e informalización del trabajo, porque aún cuando éste proceso

da cuenta de que las mujeres ocupan mayor representatividad en el sector salud, ello no siempre significa que ocupan cargos de mayor jerarquía, ni mejoras en la modalidad de contratación y/o salarios (Maceira; Cejas, 2010).

Podemos mencionar, que en numerosas investigaciones se han explorado tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos de la feminización, es decir se considera tanto el proceso en el que una práctica social adquiere forma femenina, sea por la referencia al número absoluto o proporcional de mujeres que participan o conforman un campo profesional; como los aspectos cualitativos, incluyendo para ello el análisis de los factores culturales y significados que explican esta tendencia cuantitativa (Griffiths, 2006).

Dentro de los factores culturales que explican la tendencia a la feminización juegan un papel preponderante los esquemas de género, los sesgos y prejuicios.

Dentro de los factores estructurales o materiales podemos mencionar que en Argentina el fenómeno de feminización del sector salud, coincide con un proceso social, histórico, económico y político más amplio, y se vincula con una mayor participación de las mujeres en el sector laboral que va de la mano de mayores niveles educativos alcanzados por éstas. Pero la incorporación de las mujeres al sector salud, a su vez, coincide con procesos de precarización e informalización (Maceira, Cejas, 2010). De esta manera, las mujeres se incorporan en un ámbito donde el cuidado tiende a ser devaluado, poco reconocido social e institucionalmente, mal retribuido y ello, en gran parte, se debe a la preeminencia de un modelo capitalista de desarrollo.

Este proceso que se da en el sector salud -feminización-, no modifica en sí mismo la desigual e inequitativa distribución de la carga de cuidado, sino todo lo contrario, la confirma y refuerza. Así, el cuidado de terceras personas se constituye como práctica social subalterna, aún cuando se desarrolla en ámbito institucional, frente a otras de carácter dominante, como aquellas que se vinculan de manera directa con tecnología.

A su vez, son ciertas profesiones o especialidades las que se encuentran más feminizadas: fonología, medicina, pediatría, terapeuta ocupacional, musicoterapeutas, maestras especiales, psicomotricistas, enfermería y psicología.

Para Tajer (2009) las profesiones con menos poder en el equipo de salud suelen ser las más feminizadas, se distribuye de manera desigual la composición por género no sólo entre profesiones sino también en relación a especialidades dentro de una misma profesión. En el sector salud, se dan una serie de graduaciones y jerarquías disciplinares, relaciones de hegemonía y subalternidad disciplinar. Estas relaciones se expresan en función de la contribución económica que asumen las profesiones en la producción de bienes de consumo y en la posición de mercado que tengan según la proximidad o distancia con el uso de tecnologías.

Siguiendo a Merhy (2003) las tecnologías pueden caracterizarse como: duras, blandas-duras y blandas. Considerando que el cuidado de la persona con discapacidad requiere en su mayoría de tecnologías blandas, o blandas-duras para su atención, donde la dimensión de cuidado cobra relevancia.

En este mismo sentido, Del Valle Murga (2003) propone que una de las formas de que cobra relevancia el cuidado, es visibilizándolo. En efecto, para ello expone los beneficios del cuidado transferido, es decir la necesidad de generar espacio que permitan jerarquizar el trabajo del cuidador/a de las personas dependientes por medio de la transferencia de la carga del cuidado, del ámbito doméstico o familiar hacia el cuidado institucional o formal. Así por medio de ésta se transfiere el soporte vital que la persona necesita a centros especializados, profesionalizados, permitiendo de esta manera el reparto de la carga de cuidado, *desterritorializando y desfamiliarizando* el cuidado, convirtiéndolo en una práctica no ya privada e invisible, sino institucional y visible. Se pudo corroborar, en estudios de tipo cualitativos, la importancia del cuidado transferido, tanto para la persona dependiente, como para la familia. Para la persona con discapacidad permite estructurar

el día de manera diferente, con horarios, rutinas y actividades específicas, genera una identidad compartida, amplía las redes personales y sociales, es un lugar de socialización fuera del ámbito familiar y se constituye como una práctica subjetivante (Echegoyemberry, 2013). Por estas razones, sería necesario fomentar las posibilidades de transferir el cuidado, creando espacios públicos, que habiliten la posibilidad de retribución, redistribución y socialización del cuidado. Pasando de una gestión individual o familiar a una social o de gestión pública.

Sin embargo Murillo de la Vega (2000) considera que el cuidado institucional puede volverse incompatible con el ejercicio de la individualidad, refiere a la posible pérdida de ciudadanía, el cuidado institucional hace aparecer un sujeto deficiente: el paciente, que paulatinamente pierde sus credenciales que conforman su personalidad. Por ello, será necesario armonizar y resguardar el derecho de la familia, en particular de las mujeres que cuidan, con el derecho de la persona cuidada en los contextos de cuidado institucional.

Cabe destacar, que el Estado frente a los compromisos internacionales asumidos, debería convertirse en un actor fundamental en pos de la equidad de género. Actualmente, si bien se ha incrementado la actividad y el protagonismo del Estado a través de los planes y programas para abordar los efectos sociales de la economía del cuidado, no han resultado suficientes, ni articulados los esfuerzos en pos de establecer la provisión pública de cuidado, desterritorializando el cuidado como problemática de los hogares. Para jerarquizar el cuidado en la esfera pública, es necesario jerarquizar el mismo en la esfera privada.

Génesis y consecuencias de la economía del cuidado:

"Aumentaré tus dolores cuando tengas hijos, y con dolor los darás a luz; Pero tu deseo te llevará a tu marido, y él tendrá autoridad sobre ti" (Génesis 3:16)

El término economía del cuidado funciona como categoría conceptual que permite introducir el debate en torno a las desigualdades sociales entre

varones y mujeres, apareciendo el cuidado como determinante de desigualdad, éste surge dentro de la teoría feminista buscando dar cuenta del tema de la distribución y organización social del cuidado, división sexual del trabajo, entre otras categorías analíticas. De esta manera, muestra realidades invisibilizadas y propone estrategias concretas para transformar las inequidades en materia de género (Enriquez, 2015).

El cuidado contribuye en la producción de valor económico, sin embargo éste valor no es tenido en cuenta por la economía. Al punto que se considera población inactiva a aquella que no produce bienes o servicios económicos, dentro de esta población se incluye a los que realizan actividades de cuidado de terceras personas (niños, adultos, dependientes), y todas aquellas actividades no remuneradas realizadas en el hogar atención médica, fisiológicas, sociales (Aguirre, 2009).

Así, la formas que una sociedad utiliza para organizar el trabajo del cuidado, genera consecuencias. Dentro de las consecuencias se pueden mencionar la inequidades y asimetrías sociales entre varones y mujeres, como así también consecuencias para la salud, económicas, políticas y sociales, a continuación se analizarán algunas de las mismas.

Podemos señalar, siguiendo a Breilh (1996) que las inequidades hacia las mujeres, se plantean en términos no sólo de género, sino sociales y étnicas. Estas inequidades tienen su génesis en la acumulación y distribución de poder, operando como determinantes estructurales de la desigualdad social.

En estos términos, la inequidad estaría dada por la desigual distribución del poder. Este poder está distribuido en el orden social de acuerdo a las pautas establecidas por el patriarcado, que se refuerza y reproduce instituyendo prácticas sociales discriminatorias basadas en la diferenciación anatómica de los cuerpos.

Dentro de las consecuencias en la salud de las mujeres y hombres podemos mencionar siguiendo a Tajer (2009) quién ha encontrado en

sus investigaciones que el género juega un papel fundamental en las enfermedades, así por ejemplo en relación a las cardiopatías isquémicas, hay inequidad en la atención para las mujeres, éstas son las peor atendidas y las que presentan mayor mortalidad en todas las edades en relación a esta patología (Tajer, 2009). Mientras que en la morbilidad general, los hombres tienen una expectativa de vida menor que el de las mujeres, y ello se debe a los efectos del ejercicio (o no) de una masculinidad hegemónica. Por otro lado, son las mujeres las que viven más años pero con una carga de discapacidad mayor. Esta autora considera que hay una afectación en la salud mental de las mujeres, por un aumento de cuadros de depresión, debido al impacto psíquico de vivir un rol social subordinado (Tajer, 2004). Para Burin (2002) ha estudiado la incidencia del trabajo y dinero en la salud mental de las mujeres, esta autora considera que éstos factores sociales inciden en la producción de la enfermedad mental, requiriendo de una creciente medicalización. Sin embargo, estos factores no suelen ser relacionados con la estructura social que los produce, sino que son vivenciados como problemáticas individuales de cada una de las mujeres. Asimismo, se configura una situación de sobrecarga de cuidado que se manifiesta en cuadros de estrés.

Como principales consecuencias sociales y económicas de la economía del cuidado podemos citar siguiendo a Esquivel (2011) que la deficiencia en la provisión de cuidado, o la denominada crisis de los cuidados, es que incide de manera considerable en la pobreza y en la generación de ingresos, asociado directamente con los costos de oportunidades. Así, las mujeres ven limitada su autonomía, y las áreas de despliegue vital, recreación, ocio, tiempo libre y esferas de desarrollo psicosexual.

Dentro de las consecuencias económicas podemos ver que las desigualdades de género en relación al cuidado impactan por un lado en la sobrecarga de actividades en relación a las mujeres, y por el otro, esta misma sobrecarga hace que tenga menos oportunidades efectivas de conseguir un trabajo remunerado o mantenerlo (Esquivel 2011). En este sentido, Cuadrado Guirado, en sus

investigaciones encontró que en los ámbitos laborales suele asociarse a los hombres con ciertos atributos como el control, autoridad, competitividad, orientación hacia las tareas, mientras que las características socialmente asignadas a las mujeres son las de orientación y preocupación por los otros. Estas atribuciones o sesgos afectan a la mujeres en el proceso de selección, promoción, ocupación de puestos y permitiría explicar el escaso acceso de la mujer a ciertos puestos poder (Cuadrado Guirado, 2004).

Recientes estudios refieren al proceso de feminización de las prácticas de cuidado y la precarización de las condiciones laborales estableciendo que entre el 80% y 99% del trabajo asistencial lo realizan las mujeres, con retribuciones salariales bajas. Para Claire Cameron (2003) esto se debe a la existencia aún de estereotipos del trabajo asistencial como trabajo femenino de poca preparación, cualificación, y ello a su vez, contribuye a acelerar el proceso de feminización de la atención de la salud. Esta autora entiende que el género juega un papel fundamental en el trabajo asistencial y en las profesiones de salud, pues existirían una serie de sesgos o estereotipos que hacen suponer a la mujer como naturalmente más preparada para el cuidado. Expresa que si bien dentro de una institución hombres y mujeres pueden realizar el mismo trabajo, las expectativas se encuentran claramente diferenciadas por género. Esto, permitiría explicar que el dispositivo de control social está operando no sólo en la subjetividad de las mujeres, sino en las instituciones de salud que se encargan de reproducir esa lógica (Robles, 2007).

Asimismo, se ha podido constatar que el cuidado es un rol, que ha sido atribuido, social y políticamente a la mujer y es percibido como un rol devaluado y subalterno que no goza de reconocimiento social, establece que las profesiones altamente feminizadas ocupan las posiciones más bajas en la escala de prestigio social, reproduciendo institucionalmente el rol subordinado que tiene la mujer en la sociedad (Esteban, 2006; Arango 2008; Bourdieu, 2010; Aguirre, 2004); además, en el ámbito institucional-laboral está poco valorado, precarizado y mal retribuido, no obstante

es la mujer el principal recurso utilizado, directa o indirectamente para la salud (Menéndez, 2002). Bourdieu (2010) considera que la falta de remuneración del trabajo doméstico que realiza la mujer es el principal hecho que contribuye a devaluarlo, pues ello hace que tanto la mujer como los otros perciban que ese tiempo no tiene valor mercantil y por lo tanto carece de importancia. Dentro de las consecuencias políticas nos encontramos ante una clara reducción y restricción de ciudadanía de las mujeres, quienes ven afectado el pleno ejercicio de derechos individuales, sociales, económicos, políticos, culturales en igualdad de condiciones que los hombres.

Se puede mencionar que en numerosas investigaciones y en la literatura sobre el cuidado se establece la importancia del entorno familiar, de las redes sociales y personales de contención para la salud de la persona en general y de la persona con discapacidad en particular. Sin embargo, son pocas las investigaciones que se ocupan de abordar las necesidades de las personas que cuidan, el tema de la sobrecarga, la denominada crisis del cuidado, y de qué manera la dependencia de cuidados, afecta sus derechos, limitando la participación, autonomía y despliegue de esferas vitales. Esta omisión no es casual, sino que es fruto de una consideración *familiarista* del cuidado, en general; y en particular, responde al proceso de naturalización del deber de cuidado en titularidad de la mujer.

En este sentido Pautassi (2007) considera que los derechos de las personas que cuidan aún no ingresaron a las políticas públicas en materia de discapacidad. Esta autora considera que la autonomía de la mujer y la ciudadanía de quienes cuidan se ven afectadas por la falta de debate público sobre normas, servicios y recursos que la sociedad está dispuesta a asegurar para garantizar el cuidado.

Por ello, es necesario armonizar los diferentes derechos en juego, para que estén reconocidos y garantizados los derechos de las personas con discapacidad o dependencia, sin que ello obstaculice el pleno goce de derechos de las personas que cuidan, permitiendo el despliegue de áreas de desarrollo vital.

A modo de conclusión

Se realizó un recorrido por las prácticas de cuidado, analizando quiénes cuidan y por qué cuidan, analizando algunas de las consecuencias que se derivan de la economía del cuidado, y cómo ésta influye y moldea una subjetividad particular, es decir una forma de pensar, sentir y actuar. Estableciendo la necesidad de revalorización de las prácticas de cuidado y su jerarquización en función de los aportes al proceso salud/atención/cuidado. Asimismo, quisimos centrar el análisis y reflexión en la necesidad de correr el cuidado de la esfera individual, de la gestión privada o familiar, hacia la gestión y responsabilidad pública, apareciendo el cuidado como un concepto político y como un derecho humano fundamental, en el que se debe armonizar y resguardar, tanto el derecho de quienes dependen del cuidado como de los/as que prestan el cuidado. Este corrimiento de la esfera privada a la pública sería posible mediante la recuperación del protagonismo del Estado en políticas públicas de género. El estado debe proveer los servicios de cuidado necesario para una población cada vez más envejecida y con mayor carga de discapacidad. Por ello, el cuidado debe constituirse en un tema prioritario de las políticas públicas, es necesario poner el cuidado en el centro del debate y de discusión, problematizar los roles de cuidado y la ideología que sustenta la distribución sexista de tareas y la jerarquización diferencial. El déficit de las políticas públicas en el cuidado no puede ni debe ser subsanado por la actividad de las mujeres.

Por ello, debemos re-pensar los roles de cuidado, de-contruirlos, desnaturalizarlos, tanto en ámbitos formales como informales, desde una dimensión ética del cuidado que incluya las mujeres como sujeto de derecho y no como objeto o mercancía para la salud, contemplando: la equidad frente a la carga o dependencia, la forma de retribución en el ámbito doméstico, la reasignación de responsabilidades, el reparto y la retribución equitativa de tareas y actividades de cuidado entre hombres, mujeres, incorporando fundamentalmente la responsabilidad del Estado. Como señala, la Organización Mundial de la Salud, reducir las desigualdades sanitarias y promover la equidad en las relaciones entre hombres y

mujeres, debe constituirse en un imperativo ético (OMS, 2008).

A pesar de avances y logros alcanzados en materia de género en la última década, aún hay que superar varios obstáculos y recuperar el protagonismo del Estado en políticas públicas de género con particular énfasis en discapacidad, estableciendo de manera progresiva servicios universales de cuidado como prestación compartida entre el Estado, y la sociedad, el sector privado y los hogares, con el sentido y alcance establecido en el Consenso de Brasilia (2010, Acuerdo 1 a y 1 b) en miras de avanzar hacia la equidad de género.

Bibliografía

- Aguirre G. (1994). *Obra Antropológica XIII*. Antropología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguirre R. (2009). Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo. Versión revisada y abreviada del capítulo elaborado por la autora "Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado" publicado en *Las Bases Invisibles del bienestar social*.
- Arango LG.(2008). *Género e identidad en el trabajo de cuidado: entre la invisibilidad, la profesionalización y la servidumbre*. En: Seminario Trabajo, Identidad y Acción Colectiva. Medellín: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Ayres J.R.C.M. (2008). Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. Brasil: *Salud Colectiva* 4 (2): 159-172.
- Bourdieu P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama. (6ta.edic.).
- Bonder G, Burin M. (1982). *Patriarcado, familia nuclear y la constitución de la subjetividad femenina*. Buenos Aires: Publicación del CEM.
- Breilh J. (1996). La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y de género. *El género entre fuegos: inequidades y esperanzas*. Quito: CEAS.
- Bronfman C. (2002). *Propuesta para el análisis de una relación compleja*. Género y Salud 11: 101-121.
- Burin M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina, Mujeres y la salud Mental*. Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- Claire Cameron (2003). *El trabajo asistencia en Europa: ¿Empleo de calidad?*. Congreso Internacional. En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde; 13-29.
- Cuadrado Guirado M. (2004). *Valores y rasgos estereotípicos de género de mujeres líderes*. Psicothema; 16: 270-275.
- Cuesta Benjumea C. (2004). *Cuidado Familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura*. Contexto Enfermero 13 (1): 137-46.
- Bourdieu P. (2011). *Las Estrategias de Reproducción social*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Cardaci D. (2006). Salud y Género. Ordenando Relatos Investigaciones sobre salud y Género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer. *Salud Colectiva* 2 (1): 21-34.
- Claire Cameron (2003). El trabajo asistencia en Europa: ¿Empleo de calidad?. Congreso Internacional. En: SARE. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. España: Emakunde; 13-29, 2003.
- Consenso de Brasilia. (2010). CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/5/40235/P40235.xml&xsl=/mujer/tpl/p18f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom-conferencia.xslt>
- Daza de Caballero R, Torres Pique A, Romano G. (2005). *Análisis Crítico del cuidado de enfermería*. Interacción, participación y afecto. *Revista Rol Enfermero* 1 (14): 48-49.
- Del Valle Murga. (2003). *Contenidos y Significados de nuevas formas de cuidado*. Congreso Internacional. En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España Emakunde; 39-62.

- Echegoyemberry, M. N. (2013). Percepciones, creencias y emociones del personal de salud sobre las prácticas de cuidado de niños/as con ECNE, desde un enfoque de género. Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Enríque RC. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. En Rev. Nueva Sociedad Nro.256
- Esteban ML. (2006). El estudio de la Salud y Género. Las ventajas de un enfoque antropológico feminista. Brasil: Salud Colectiva 2 (1): 9-20.
- Esquivel V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina*: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. El Salvador: Procesos Gráficos.
- Freud S. (1914). *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: EA.
- FONADIS (2005). Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC 2004). INE - FONADIS - OPS. Chile, 2004. FONADIS. La Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/informeCIF.pdf> . 2005.
- García Calvente, M. del M. (2004). *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gaceta Sanitaria 18 (1 suppl 1): 2-6.
- Garrido Luque, A. (2003). *La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas*. Congreso Internacional. En: SARE. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde, 88-90.
- Graham H. (1983). Caring: a labour of love. En: Finche I, Groves O, editors. A labour of love: women, work and caring. London: Routledge Kegan and Pau: 13-39.
- Griffiths M. (2006). The Feminization of Teaching and the Practice of Teaching: Threat or Opportunity?, Educational Theory 56 (4): 387-405.
- Haro J. (2011). Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Epidemiología sociocultural 11:10-28.
- Hochschild A. (1990). Ideology and emotion management: a perspective and path for future research. En: Kemper T, editors. Research agendas in the sociology of emotions. New York: State University of New York Press, 117-144.
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J y Merhy E. (2002). Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos. Brasil: Rev Panamericana de Salud Pública. 12 (2):128-136.
- Lamas M. (2000). *El género es cultura*. Campus Euroamericano de Cooperación cultural. Portugal: Awada; 2000.
- Le Breton D. (1998). *Las pasiones ordinarias*. Antropología de las emociones. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ledon Llanes L. (2011). *El cuidado. Cuba: Rev. Cubana de Salud Pública* 37 (4): 488-499.
- Lorente Hurtado I. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. En: *Pediatría Integral*; 11 (8): 687-698.
- Maceira D, Cejas C. (2010). Salud y recursos Humanos en Salud. Documento de Trabajo. CIPPEC; 46: 1-55.
- Menéndez E. (1992). Grupo Doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Cuadernos Médicos Sociales 59: 3-17.
- Menéndez E. (2001). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva 1: 9-33.
- Menéndez E. (2002). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. CIESAS 1:11-45.
- Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. CIESAS 2: 185-207.
- Merhy E. E. (2003). Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos

- modos de fabricar os modelos de atenção in Merhy et al, O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; São Paulo: HUCITEC.
- Murillo de la Vega S. (2000). *Política y Sociedad*. España: Universidad de Salamanca 35:73-80.
- Navarro V.(2002). *Bienestar insuficiente democracia incompleta*. Barcelona: Anagrama.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Naciones Unidas, OMS-BM.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). La Discapacidad en Nicaragua: Situación actual y perspectivas. OPS – MINSA
- Organización Mundial de la Salud (2008). Comisión sobre determinantes sociales de la Salud (OMS) Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen Analítico del informe final [serie en línea] 2008, [citado en Jul 2012] Disponible en: www.who.int/social_determinants
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como una cuestión social desde un enfoque de derechos, serie Mujer y desarrollo* (87), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Petracci M, Mattioli M. (2009). Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: Evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich. Buenos Aires.
- Provoste Fenández P. (2012). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. *Mujer y desarrollo*. División de Asunto de Género. Naciones Unidas. Cepal.
- Robles L (2007). *La invisibilidad del cuidado de los enfermos crónicos*. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. México: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez C. (2005). *Políticas de Protección Social, Economía del Cuidado y Equidad de Género*. Mar del Plata: Buenos Aires: Cepal.
- Tajer, D.(2009). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. En: Tajer D. Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer D.(2009). *Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer D.(2004). *Violencia y salud mental de las mujeres*. En: Políticas públicas, mujer y salud. Popayán, Colombia: Ediciones Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC: 181-195.
- Valderrama Ponce MJ.(2006). *El cuidado, ¿una tarea de mujeres?*. España: Vasconia 35: 373-385.
- Vázquez Barrios (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires: OPS.

