

TENDENCIAS A LA REFAMILIARIZACION EN LAS POLITICAS DE CUIDADO

Un análisis desde la perspectiva de Medicina Social/Salud Colectiva.

Autoras: Susan López y Virginia Michelli

Mail de referencia: gsusanlopez@hotmail.com

Pertenencia institucional: CETSYS-Facultad de Trabajo Social-UNLP

Palabras claves: CUIDADO / POLITICAS DE SALUD / MANEJO SOCIAL DEL RIESGO / PROTECCION SOCIAL/ REFAMILIARIZACION

Resumen

Este trabajo es parte de la investigación que realizamos en la Facultad de Trabajo Social de la UNLP: "La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata (2014-2017)".¹

Con el objetivo de contribuir al marco general de análisis de las políticas sociales y aportar a un aspecto que resultaba relevante en las discusiones al interior del grupo de investigación analizamos, desde la perspectiva histórica-social los lineamientos y debates actuales sobre políticas de cuidado en el campo de la salud. Para ello se trabajó con datos secundarios relevando bibliografía actualizada tanto académica como documentos oficiales nacionales e internacionales -programas y normativas-.

En primer lugar, relevamos los principales antecedentes que en el diseño de las políticas sociales en la región latinoamericana, -reformas, cambios demográficos y de constitución de grupo familiar, cuidado doméstico- han puesto a la cuestión del cuidado como un eje prioritario en las políticas de protección social.

En segundo lugar y desde un plano macrosocial analizamos la relación entre el diseño de la política pública en salud en consonancia con el giro impulsado por los organismos multilaterales al sistema de Protección Social y el Manejo Social del Riesgo.

En tercer lugar, profundizamos la relación entre cuidado en salud, Manejo Social del Riesgo y refamiliarización en el cuidado en salud.

Concluimos que los lineamientos impulsados por los organismos multilaterales avanzan hacia una desprotección por parte del Estado en el cuidado de la salud, en áreas como vejez, salud mental, discapacidad y una mayor carga de responsabilidad sobre el cuidado por parte del grupo familiar, consolidándose una clara refamiliarización del cuidado en salud. En el mismo sentido, observamos que las tareas del cuidado, recaen principalmente en las mujeres, provocando una desigual distribución de género en las tareas de cuidado y un claro vacío en políticas de derecho al cuidado.

¹ SECYT- T072. Dirigido por la Dra. Margarita Rozas Pagaza. La investigación es parte de las investigaciones del Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad (CETSYS) FTS-UNLP

Introducción

En este trabajo buscamos realizar un aporte para el debate y la reflexión sobre las políticas de cuidados en salud y al mismo tiempo, contribuir al análisis y profundización de una línea de investigación de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.²

A partir del mismo pretendemos dar cuenta de los lineamientos bajo los cuales se impulsan en Latinoamérica las políticas públicas de cuidado en el campo de la salud con el objetivo de comprender y profundizar por qué cobra relevancia en el momento actual.

Abordamos este análisis desde la perspectiva histórico social considerando que las políticas públicas son el resultado de procesos complejos donde se dirime la puja de poder entre el Estado y la Sociedad Civil. Procesos que están permanentemente atravesados y determinados por los modelos ideológicos-políticos-económicos y sociales que expresan y representan a diferentes intereses por un lado, y por las luchas y reivindicaciones de las organizaciones sociales, grupos minoritarios, movimientos sociales etc. que buscan morigerar los desbalances en perjuicio de la mayoría de la población, por el otro.

En primer lugar, relevamos los principales antecedentes que en el diseño de las políticas sociales en la región latinoamericana, -reformas, cambios demográficos y de constitución de grupo familiar, cuidado doméstico- han puesto a la cuestión del cuidado como un eje prioritario en las políticas de protección social.

En segundo lugar y desde un plano macrosocial analizamos la relación entre el diseño de la política pública en salud en consonancia con el giro impulsado por los organismos multilaterales al sistema de Protección Social y el Manejo Social el Riesgo.

En tercer lugar, profundizamos la relación entre cuidado en salud, Manejo Social del Riesgo y refamiliarización en el cuidado en salud.

Para ello revisaremos un brevemente los antecedentes que, en el diseño de las políticas sociales en la región latinoamericana, dieron lugar las reformas económico-políticas impulsadas desde los 90, las transformaciones demográficas y los cambios sociales que han puesto a la cuestión del cuidado como un eje prioritario en las políticas de protección social.

El recorrido propuesto se enmarca dentro de la corriente de pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana que define a la salud y a la enfermedad no como fenómenos opuestos o antagónicos sino articulados como un proceso en su determinación histórica y social que se manifiesta en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (Laurell,1982:2).

En este mismo sentido, resaltamos que las formas de atención y/o cuidado del

² SECYT- T072."La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata". Dirigida por Margarita Rozas Pagaza.

Proceso Salud Enfermedad (PSE) responden a la determinación histórica de los modos de producción de la formación económica y de reproducción social.³

Cabe destacar que existen por lo menos dos dimensiones de análisis para una comprensión más acabada de sobre la categoría de cuidado en el campo de la salud. Una relacionada al plano macrosocial -ideológico/político/económico/social-, que comprende el diseño de la política pública en consonancia con el giro impulsado por los organismos multilaterales al sistema de Protección Social y, la otra relacionada con el plano local, las prácticas y saberes de cada comunidad. Si bien ambas dimensiones se interrelacionan dada la permanente lucha de poderes de los diferentes agentes sociales en el campo de la salud, en este trabajo profundizamos algunos cambios producidos en la primera dimensión en las dos últimas décadas.

La realización de este trabajo, es el resultado de un análisis crítico desde la perspectiva antes mencionada sobre documentos y bibliografía específica sobre la temática que aborda de forma directa o indirecta la cuestión del cuidado. Tiene a su vez la pretensión de contribuir a ampliar el debate sobre las políticas públicas que cobran importancia en la época actual.

Metodología

Para alcanzar este objetivo se trabajo con fuentes de datos secundarios provistos por diferentes investigaciones realizadas en el ámbito de organismos internacionales como también instituciones académicas nacionales e internacionales.

Fueron revisados y analizados 3 documentos sobre políticas de cuidado y sistemas de protección social desarrollados por organismos internacionales como CEPAL, OIT y BM con el objeto de observar la relación entre los lineamientos propuestos y las políticas impulsadas a nivel regional y local.

Para el análisis de las tendencias actuales sobre políticas de cuidado en la región latinoamericana, se revisaron investigaciones y documentos de 5 programas correspondientes a Chile, Costa Rica, Ecuador, Uruguay y Colombia. Para el caso de Argentina se hizo un seguimiento de los informes “Diálogos sobre políticas de cuidado en Argentina” de CIPPEC, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), INSSJP-PAMI Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. En estos casos se busca la relación entre la propuesta bancomundialista de Manejo Social del Riesgo y las políticas de cuidado abordadas para la región latinoamericana.

Por último, se busca dirimir la consonancia o tensión del lugar de la familia como protagonista de las políticas de cuidado y del manejo social del riesgo a partir de la

³ En la misma conceptualización que Lopez Arellana, entendemos por determinación social refiere a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica.

consideración de la categoría de beneficiaria de ayuda o titular de derecho.

Antecedentes sobre las políticas de cuidado

Aunque el interés por esta problemática data de los años 70 del s.XX, la misma ha cobrado relevancia en las dos últimas décadas en casi todo el mundo.

El impulso en el abordaje de la temática del cuidado se presenta como un punto al que se llega desde diferentes intereses en el área del conocimiento de lo social sobre la problemática de la desigualdad social.

En la búsqueda no sólo de disminuir las brechas sociales que generan la desigualdad sino de las determinaciones que las generan, se avizoró la relación desigual de la división sexual del trabajo, lo que dio lugar a la profundización de los estudios de género y equidad de género. Cabe aclarar que la búsqueda por la equidad de género, tiene sus raíces principalmente en la lucha emprendida por los movimientos feministas en el siglo próximo pasado.

Los primeros debates en el seno de este movimiento estuvieron relacionados con el trabajo doméstico y luego con el trabajo de cuidados que introduce la discusión del trabajo asalariado y no asalariado, condiciones laborales, división sexual del trabajo y reproducción social.⁴

Otra característica que se observa en las últimas décadas es el cambio demográfico, principalmente la tendencia a la baja en la natalidad, maternidades tardías, disminución de la fecundidad, mayor longevidad, cambios en la conformación de tradicional de la familia, de este modo el diseño y acciones de las políticas sociales encuentra nuevos desafíos para adecuarse a estos nuevos contextos.

Varios estudios actuales (Laya, 2015; Findling, 2015; IOT-Lupica, 2014; CIPPEC,2014; Provoste Fernández, 2012; Pautassi, 2013; Rodríguez Enríquez, 2005, Serrano, 2005; entre otros) han reflejado el incremento en la carga del cuidado doméstico como consecuencia de los fenómenos relacionados al envejecimiento de la población, a la inserción al trabajo formal e informal y una mayor carga laboral doméstica por parte de las mujeres reflejada por la desigual distribución de tareas en el hogar, que incluye además el cuidado de los niños y niñas, enfermos e integrantes con disminución de capacidades vitales (cognitivas, visuales, auditivas y motoras).

Las demandas sociales y la visibilización de esta problemática han desafiado a muchos gobiernos a dar pasos importantes en dirección de cambios jurídicos y normativos hacia un reconocimiento del cuidado. En este sentido, hemos podido observar que en varios países del continente latinoamericano avanzaron hacia legislaciones que ampliaron los derechos tanto de la niñez como en discapacidad, vejez y grupos minoritarios que interpellaron al

⁴ *“El sistema de reproducción social incluiría la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado y no asalariado, el papel del Estado en la reproducción de la población y de la fuerza de trabajo y las organizaciones sociales y políticas relacionadas con los distintos trabajos. El proceso de reproducción social se entendería, así, como un complejo proceso de tareas, trabajos y energías, cuyo objetivo sería la reproducción de la población y de las relaciones sociales y, en particular, la reproducción de la fuerza de trabajo (Carrasco, 2011:31)*

tradicional sistema de protección social asistencialista en búsqueda de respuestas a la desigualdad.

Política social, sistema de protección social y manejo social del riesgo

En un sentido simplista y reduccionista puede decirse que la política social consiste en un conjunto de principios y acciones gestionadas por el Estado que determinan la distribución y el bienestar de una población. Sin embargo, cuando pensamos con qué principios, con qué acciones y en qué dirección nos encontramos que las mismas están determinadas por la ideología dominante, los valores consensados, la puja de intereses y los concomitamientos y técnicas de actuación. Muchas veces esta configuración puede ser comprendida a partir de las características que asumen los modelos de protección social.

El reconocimiento de la pobreza como un problema social fue lo que permitió a mediados del s.XX, la creación de los mecanismos institucionales de los sistemas de protección social eje del Estado de Bienestar. En este sentido Sonia Fleury sostiene que

“las políticas de combate a la pobreza y a la desigualdad se institucionalizaron, entonces, en complejos sistemas de protección social, involucrando aspectos diversos, tales como la alteración de las finanzas públicas, el surgimiento y la extensión de los derechos sociales y la organización de los servicios sociales”
(Fleury 2000:1)

Para esta autora existen tres modelos de protección social: 1) Asistencia Social⁵ 2) Seguro Social⁶ y 3) Seguridad Social⁷.

Existen varias definiciones sobre protección social, por ejemplo Bertranou la define como *“el conjunto de intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares e individuos de la carga que significa una serie de riesgos y necesidades”*

⁵ El modelo de protección social cuyo eje central reside en **la asistencia social** tiene lugar en contextos socioeconómicos que enfatizan en el mercado, que se auto regula y no debe ser interferido, y donde las necesidades son satisfechas de acuerdo a los intereses individuales y la capacidad de cada uno de adquirir los bienes y servicios. Los valores dominantes enfatizan la libertad y el individualismo y la igualdad de oportunidades, capaces de generar condiciones diferenciadas de competencia en el mercado. El énfasis en el mercado brinda a la acción pública un lugar mínimo, apenas como complementaria a este mecanismo básico, asumiendo en consecuencia un carácter compensatorio y discriminatorio sobre aquellos grupos sociales que demostraron su incapacidad para mantenerse adecuadamente en el mercado.

⁶ El segundo modelo, el del **seguro social**, tiene como característica central la cobertura de los grupos ocupacionales a través de una relación contractual. Su referencia histórica viene del sistema implantado por Bismarck en Alemania. Inspirado en el seguro privado, se diferencia de éste tanto por ser sancionado por el Estado (lo que le quita la posibilidad de afiliación voluntaria) y por la presencia de una burocracia fuerte y actuante, que reconoce y legitima las diferencias entre los grupos ocupacionales, en búsqueda de la lealtad de los beneficiarios. Basado en los principios de solidaridad que surgieron con la formación de la clase trabajadora industrial, no deja de conjugar estos valores con los principios meritocráticos, por los cuales los individuos deberán recibir compensaciones basadas en proporción a sus contribuciones al seguro.

⁷ En el tercer modelo, la protección social asume la modalidad de **seguridad social**, designando un conjunto de políticas públicas que, inspiradas en un principio de justicia social, garantiza a todos los ciudadanos el derecho a un mínimo vital, socialmente establecido. Su referencia histórica es el Plan Beveridge, de 1942 en Inglaterra, donde se estableció un nuevo modelo de orden social, basado en desvincular los derechos sociales de la relación contractual establecida para los asalariados. El carácter igualitario del modelo está basado en el aseguramiento de un patrón mínimo de beneficios de forma universalizada, independientemente de las contribuciones anteriores. El acceso a los beneficios sociales depende únicamente de la necesidad de los individuos.

(Bertranou, 2004 citado por Provoste Fernandez). Esta definición relaciona de modo directo la protección con “riesgo” y “necesidad” de modo que puede interpretarse como acotada a la demostración de carencia o contingencia y ese sentido se ubica en la modalidad de Asistencia social.

Otras concepciones sugieren que la protección social es un producto de la articulación de las políticas públicas con las instituciones de la familia, el Estado y el mercado, en las formas de regímenes de bienestar. (Esping Andersen) . En un marco similar se ubica la CEPAL quien sostiene “los regímenes de bienestar incluyen la operación de los Estados, los mercados y las familias en la producción de protección social” (CEPAL 2009)

La crisis y detrimento del Estado de Bienestar vino de la mano del impulso que el modo de acumulación económico-financiero le dió al mercado bajo la égida del neoliberalismo. En ese marco, las políticas de protección social debieron redefinirse a una expresión residual para mitigar aquello que los sectores más vulnerables de la sociedad no habían conseguido resolver por sus propios medios.

En ese contexto, en los países de la región latinoamericana se evidencia que a partir de los años 90 y frente a costo social de las políticas de ajuste de la década anterior, los organismos multilaterales comienzan a delinear una nueva forma de concebir la protección social: el manejo social de los riesgos (MSR).

El documento del Banco Mundial (BM) elaborado por Holzmann y Jorgensen (2000) propone una nueva definición y un nuevo marco conceptual para Protección Social basado en MSR. En dicho documento se critica la visión tradicional de protección social, que la define como las medidas públicas de respuestas principalmente en intervenciones de mercado laboral, previsión y redes de protección. Cuestiona cuatro aspectos de aquella forma tradicional: el fuerte hincapié en el papel del sector público; la poca atención a las potencialidades para el desarrollo económico; el no aprovechamiento de lo que tienen en común los programas sectoriales y por último, que aquella mirada tiene escasa perspectiva sobre la efectiva reducción de la pobreza.

El nuevo marco conceptual toma en cuenta la asistencia a personas, hogares y comunidades en el manejo del riesgo y proporciona apoyo en quienes se encuentran en extrema pobreza. Es decir, otorga herramientas y estrategias para que el manejo del riesgo sea asumido por quienes los enfrentan con lógicas de mercado. En este sentido, podemos observar una clara tendencia a la **refamiliarización del sistema de protección** en sentido opuesto que el desarrollado por el Estado de Bienestar.

Así el BM presenta a la nueva protección social como una red de protección y a la vez trampolín para salir de la pobreza; la protección no es entendida como costo sino como inversión social de capital humano, enfatiza en proporcionar a los pobres la oportunidad de adoptar actividades de mayor riesgo, de mayor rentabilidad y sostiene que la brecha de pobreza se puede eliminar con transferencias fiscales mas allá de la capacidad fiscal de la mayoría de los países clientes del BM. (Jorgensen y Holzmann , 2003:4)

“El MSR se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (como terremotos, inundaciones enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra)”.(Jorgensen y Holzmann , 2003:4)

Las estrategias de esta nueva forma de entender a protección social se basan en: 1) **Prevención:** reducción de la probabilidad de un riesgo de deterioro, 2) **Mitigación:** que incluye mecanismos de seguro formales e informales para disminuir el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro proponiendo la cobertura conjunta de riesgo en el mercado formal y por otro lado los sistema de seguros informales que recae en las familias y la comunidad y 3) **Superación:** aliviar el impacto una vez producido que si deberá asumir el gobierno.

Esta propuesta considera que la familiar y la comunidad son los actores principales porque son quienes manejan mejor la información privada (asimétrica), tanto para mitigar como superar los riesgos que, según la óptica del BM optimizan el patrón de consumo para una amplia gama de riesgos.

“Mientras mejores sean los instrumentos de mercado, mayor será el manejo del riesgo que se puede llevar a cabo en este nivel. En el mismo sentido, la falta de instrumentos de mercado adecuados produce un fortalecimiento de sistemas informales de manejo del riesgo en cada hogar, los que son a menudo menos efectivos y dinámicamente ineficaces y tiene consecuencias sociales perjudiciales (como el trabajo infantil)”. (Jorgensen y Holzmann,2003:21)

Además, impulsa como una de sus principales estrategias la transferencia condicionada en efectivo (TCE). Es decir, hace hincapié en la protección de la subsistencia básica y al tiempo que promueve la disposición a asumir riesgos centrándose en los pobres.

Por último, resaltamos que este diseño está en consonancia con el diseño que para la política de salud lleva adelante el BM como reformas de segunda generación bajo la modalidad de Aseguramiento Universal. A partir de la cual se propone un piso mínimo de prestaciones para todos, independientemente de la cobertura de que disponga cada persona o grupo familiar. Es decir, lo universal queda sujeto al consenso que se establezca sobre las prioridades de las necesidades a satisfacer.

En este punto es necesario no soslayar quiénes, cómo, cuándo y para quienes se definen las acciones. Ni los supuestos ideológicos, políticos y económicos que los actores protagónicos fuerzan en la puja por el poder en el campo de la salud. Es a partir de lo antes dicho, que consideramos relevante tener en cuenta tanto las tendencias que imponen los organismos internacionales como las estrategias políticas que se priorizan y abordan en cada país. El modelo de protección social basado en el Manejo Social de riesgo es un claro ejemplo de Colombia.⁸

Resumiendo, podemos decir que el manejo del riesgo no sólo sería abordado como

⁸ Para ampliar ver Hernandez Bello, Amparo 2013

una cuestión social de protección social que asume el Estado con cada vez menos responsabilidad sino que también redirige la atención a prestaciones informales y de mercado. Este nuevo diseño de la política social basado en el MSR encuentra su correlato en las determinaciones de las relaciones de acumulación financiera internacional de las que no quedan al margen los sistemas de salud y las políticas públicas en general.

Las políticas de cuidado de América Latina en el siglo XXI

Como señalamos al inicio de esta presentación los desafíos que surgen de los cambios sociales, económicos y demográficos, en la mayoría de estos países han avanzado en la dirección de cambios jurídicos y normativos con relación al cuidado.

Como antecedentes encontramos que en 2013 el

“Consenso de Santo Domingo los gobiernos de los países destacan la centralidad de la igualdad de género en el debate sobre el desarrollo, tomando en cuenta las dimensiones productivas y reproductivas necesarias para el bienestar social y con el énfasis en la transformación de la división sexual del trabajo. Entre los acuerdos adoptados pueden destacarse aquellos relacionados con la igualdad de género y el empoderamiento económico de las mujeres, en particular, los acuerdos 54 “Reconocer el valor del trabajo doméstico no remunerado y adoptar las medidas y políticas públicas necesarias, incluidas las de carácter legislativo, que reconozcan el valor social y económico del trabajo doméstico”; y 57 “Reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio y a la política y disfrutar plenamente de su autonomía”. De modo similar el Consenso de Brasilia de 2010,..”los países acordaron (Consenso de Brasilia, 2010): “Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado” (acuerdo 1 a), así como “Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado”(Batthyany Dighiero, 2015)

En estos consensos queda expresamente manifiesto que el cuidado es uno de los campos del sistema de protección social y que debe ser resuelto con la ecuación Estado-empresas –familia.

La CEPAL introduce dentro de sus lineamientos la consideración del cuidado como derecho relacionándola con la igualdad de oportunidades, de trato y de trayectorias, dejando al Estado el lugar de protector de riesgos y contingencias pero no solo cuando no hay familia sino como responsabilidad social.

Desde la propuesta de la CEPAL el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la comunidad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado. Cuestiona el papel del Estado como subsidiario destinado a compensar las prestaciones que no se obtienen en el mercado de trabajo y se favorece el papel del Estado como garante de derechos y ejerce la titularidad del derecho. Por lo antes dicho, este organismo promueve un Estado que asegure el cuidado como derecho universal de todas las personas.

Varios países comenzaron a desarrollar distintas políticas orientadas a la organización social del cuidado. Como por ejemplo, el desarrollo de servicios de cuidado, las licencias y permisos parentales para ejercer el cuidado, medidas enmarcadas en propuestas de conciliación entre vida laboral y familiar, bonos para ejercer el cuidado y la organización de sistemas de cuidado. En este sentido, Batthyany plantea que de los tres pilares clásicos de los Estados de Bienestar, (salud, educación y protección social) están siendo complementadas con un “cuarto pilar” que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia.

El programa **Chile crece contigo** está destinado a niños y niñas menores de 4 años en situación de extrema pobreza que intenta asegurar un desarrollo integral de los niños en los primeros años y asegurar la inserción de las mujeres en el mercado laboral. Programa focalizado a pobreza y asistencialista.

En el caso de **Costa Rica: Red Nacional de Cuido para la infancia y la persona adulta mayor**. La red de cuidados para niños/as y adultos mayores busca incrementar la cobertura y calidad de los servicios de atención integral para los infantes y plantea la creación de espacios para que los y las adulto/as mayores socialicen y resuelvan sus necesidades vitales de recreación y esparcimiento, contribuyendo a elevar la calidad de vida. El programa se concentra en la ampliación de la atención de niños/as hasta seis años en situación de pobreza mediante el programa de centros de educación y nutrición y de centros infantiles de atención integral, y busca un mayor involucramiento de municipalidades y actores en la prestación de estos servicios. Para el caso de la población adulta la prestación es principalmente domiciliaria pero tiene una muy baja cobertura y financiamiento estatal, alcanzaba para 2010 solo el 2% de la población.

Ecuador: trabajo reproductivo no remunerado en la Constitución de 2008 y Plan Nacional del Buen Vivir. El rango constitucional de igualdad entre varones y mujeres y el enfoque de género como el reconocimiento en derechos laborales específicos ubica como el más comprometido de la región en el ejercicio de la titularidad de los derechos. Cabe destacar que la mayoría de la oferta de los servicios de cuidados infantil, adultos mayores y discapacidad son garantizados por el Estado y gratuitos.

Uruguay: Sistema Nacional de Cuidados (SNC)

El sistema de cuidado de Uruguay está encabezado por un grupo de trabajo que incluye representantes de diferentes Ministerios, Desarrollo Social, Salud Pública de Trabajo y Seguridad Social, Educación e Instituto el Niño y del adolescente. Uruguay establece una corresponsabilidad en relación al cuidado de personas dependientes, además considera a personas como sujetos de derechos y es el Estado quien tiene la responsabilidad de

garantizar la realización efectiva. Aunque no contamos con datos actualizados a la fecha sobre el sistema de cuidado el sistema contaba para 2010 de un sistema de licencias maternales y paternales, con servicios de cuidados domiciliarios con oferta de establecimientos públicos y privados a partir de la entrega de bonos.

Para el caso particular de **Argentina** las políticas de cuidados son el resultado de la integración de varias acciones articuladas hacia una misma dirección desde diferentes organismos estatales y el acompañamiento de leyes nacionales para garantizar una mayor inclusión social y titularidad de derechos.

El reconocimiento de las niñas y niños como sujeto de derechos, los cambios normativos, el aumento del porcentaje del PBI destinado a Educación, ampliación de la oferta educativa formal y no formal, la implementación de transferencias condicionada Asignación Universal por Hijo.

El programa Primeros Años, busca fortalecer las practicas de crianzas de las familias, mientras que para el cuidado de adultos mayores podemos resaltar el programa de cuidadores domiciliarios que consiste en la capacitación por parte del Ministerio de Desarrollo Social para 2013 habían sido capacitadas 25000.

En nuestro país existe un gran marco regulatorio en lo que hace al reconocimiento de derechos vinculados al cuidado dependiendo del ámbito en que desarrollen sus actividades laborales los trabajadores y trabajadoras y en ese sentido Laya (2014) sostiene que, la negociación colectiva constituye una herramienta de invaluable utilidad y analiza 19 Convenio Colectivos de Trabajo donde concluye que en la mayoría se registran licencias para atención del grupo familiar aunque muchas veces la licencia se otorga sin goce de haberes. En este sentido la reciente creación de la Ley 26844/13 que regulariza el Servicio Doméstico es un claro ejemplo de ello.

Manejo social del riesgo y políticas de cuidado en salud

Hasta aquí hemos planteado la cuestión de cuidado de modo tal que se deja entrever que existe una sola forma de interpretarlo o dicho de otro modo una única definición.

La búsqueda en la bibliografía específica, nos devuelve que no existe una definición unívoca sobre cuidado. Al contrario, hemos encontrado que el concepto cuidado en salud refiere a diferentes usos del término.

La investigación llevada a cabo por Michalewicz y col. resume acertadamente, desde nuestro punto de vista, cinco formas de entender el cuidado

“El primero entiende por éste una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo. El segundo nombra como cuidado a las prácticas no formales en salud. El tercero reivindica el término en cuestión como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación. El cuarto plantea al “cuidado” como eje que orienta

la atención centrándola en los usuarios. Y finalmente, el quinto usa este término como sinónimo de atención". Michalewicz y col .2014:219)

Cada una de estas definiciones remiten a diferentes enfoques desde donde se analiza la problemática del cuidado, sin embargo todos remiten *que en la provisión de bienestar está integrada por la triada familia, mercado y Estado, otorgándole un lugar principal a la familia*. Aun los que sostienen que en el diseño, financiamiento y prestación del cuidado participan los hogares, familias, Estado, Mercado y ONGs, el lugar preponderante o vértice del "diamante de cuidado", es la familia. (Findling, 2015:11)

En las últimas décadas y como consecuencia de procesos demográficos y epidemiológicos, se constata una demanda creciente del cuidado de la salud. Si reconocemos que el mismo tiene como vértice a la familia y que a su interior la mayor parte del trabajo y responsabilidad recae sobre la mujer, podemos observar una profundización en la brecha de desigualdad de género por un aumento de la carga en el trabajo doméstico. En este sentido Hernández Bello sostiene que

"... tal demanda ha implicado un aumento en la carga del trabajo doméstico, en virtud de una orientación de las políticas sociales que traslada a los hogares responsabilidades que antes eran del dominio estatal. Esta situación, útil al modelo económico y al crecimiento del capital en tanto garantiza una mano de obra gratuita para la producción de bienes y servicios, ha devenido en explotación, pobreza, exclusión y desprotección de las mujeres". (Hernández Bello, 2013:186)

Cabe resaltar, que el lugar preponderante que tiene la mujer en el cuidado de la salud de los integrantes de su entorno familiar no solamente no es nuevo sino que además se han asentado estrategias de atención a la salud. Como por ejemplo, ya desde Alma Ata se afirmaba

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 la salud, en especial para aplicar medidas preventivas (OMS;UNICEF, 1978, P.73)

Entonces, la familia y en particular las mujeres han tenido y tienen relevancia como "diamante" en la formulación e implementación en las políticas de protección social en relación al cuidado de la salud.

En el contexto actual, y en el marco de una profundización de reformas de segunda generación, los organismos multilaterales vienen impulsando para la región latinoamericana el MSR del cuidado de la salud centrado en la familia. Cabe aclarar que el término de Manejo Social de Riesgo es el nombre adjudicado por el BM, sin embargo la responsabilidad social compartida entre Estado-familia-Mercado en el manejo del cuidado de personas dependientes, se encuentra en todos los programas de protección social sobre cuidado que

hemos analizado con excepción, quizás, en Ecuador por el rango constitucional de la titularidad de derecho.

Las diferencias que se presentan entre países responden al lugar que cada uno le otorgó al Estado y al mercado. Es decir, si el responsable y garante del cuidado integral de las personas es el Estado, la familia o el mercado. La responsabilidad social compartida aun deja mucho que desear en sociedades patriarcales, con fuertes mandatos sociales sobre la mujer y en muchos casos la naturalización del trabajo doméstico no remunerado.

Aun así aquellos más progresistas que defienden la salud como un derecho ciudadano de responsabilidad estatal, tanto en su regulación como en su financiamiento y prestación, no lograron sortear todos mecanismos tendientes a la mercantilización y refamiliarización.

Reflexión final

A modo de síntesis, podemos decir que lo que impone la nueva política de protección social basada en el MSR, y siguiendo su propia estrategia es:

- Buscar la disminución de los riesgos en el deterioro de la salud (prevención) dando apoyo, con lógicas de mercado, a los sectores más empobrecidos, principalmente mujeres, con transferencias condicionadas en efectivo para que sean ellas las que manejen el riesgo. Con el agravante que el monto dinerario de las transferencias es muy bajo perpetuando la asimetría de género.
- Introducir formas de aseguramiento formal o informal para disminuir (mitigación) los riesgos de posibles deterioros. La introducción del mercado de seguros es trasladar el riesgo a la familia, desvincular al Estado y aumentar las ganancias del mercado asegurador.
- Dejar para el Estado el alivio del impacto (superación) una vez producido el deterioro que el mercado no ha logrado resolver para los sectores más excluidos. Deja al Estado la asistencia para los grupos más vulnerables y excluidos marchando en sentido contrario a la titularidad de derecho de las personas.

Estos puntos resaltados, muestran que el MSR en relación a las políticas de cuidado deja para el Estado aquello que el mercado intermediado por la familia (mujer) no logra resolver. Se observa una refamiliarización en la política de protección social para el cuidado de la salud.

Invierte de este modo la responsabilidad que sobre la salud de la población tenía el Estado, principalmente en el Estado de Bienestar, y se recuesta en la suerte que impone el mercado según situación de clase social, sexo, etnia, etc.

Por último, creemos que esta lógica pretende ilusoriamente, desdibujar al sujeto social y colectivo y reconfigurar al sujeto particular e individual como hacedor de su propio destino lejos del ejercicio de la titularidad de derechos.

Bibliografía consultada

- BM- Jorgensen, Steen y Holzmann, Robert (2000) “Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”. Unidad de la Protección Social Red de Desarrollo Humano Documento N° 6. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0006Spanish.pdf>
- Borgeaud-Garciandía, Natacha (2015) Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores En Trabajo y Sociedad, Núm. 24: 285-313. Santiago del Estero
- Carrasco, Cristina; Borderías Cristina y Torns, Teresa (2011). “El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas”. Los libros de la catarata. Disponible en [www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El_trabajo_de_cuidados_C. Carrasco C. Borderias T. Torns.pdf](http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El_trabajo_de_cuidados_C._Carrasco_C._Borderias_T._Torns.pdf)
- CEPAL – Ministerio de Desarrollo Social Argentina (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?.
- CEPAL -Provoste Fernández, Patricia (2012) Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. CEPAL Santiago de Chile.
- CEPAL - Serrano, Claudia. (2005). “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina”. *CEPAL-SERIE Mujer y desarrollo*, Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5790/S057559_es.pdf?sequence=1
- CIPPEC 2014. Diálogos sobre políticas de cuidado en argentina. Buenos Aires.
- Finding, Liliana y López, Elsa (2015) *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Editorial Biblos. Bs.As.
- Fleury, Sonia y Molina Carlos (2000) Sistema de protección social. Disponible en: http://www.academia.edu/3740108/MODELOS_DE_PROTECCION_SOCIAL

- García Calvente María del Mar (s/f) “Cuidados de salud, género y desigualdad”. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Disponible en www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf
- Hernández Bello, Amparo (2013) “Política sanitaria neoliberal y cuidado no remunerado de la salud: naturalización, desprotección, acumulación e inequidad”. En *Revista Divulgacao Em Saude Para Debate*. N° 49. pp. 185-194. Rio de Janeiro.
- Hernández, Mario y col. (2015) “Trayectorias comparadas de la salud Brasil, México Colombia, 1930-2015”. *Presentación de PPT en el curso de Salud Internacional*. Consejo Consultivo de la sociedad civil para el Mercosur.
- Iriart, Celia y col. (2002). “Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos” En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 12(2):128-136
- Laya, Ana. (2015) El Derecho al Cuidado en los Convenios Colectivos de Trabajo del Sector Privado. Análisis comparativo de Convenios Colectivos en las ramas de actividades con mayor índice de feminización del sector privado. Documentos de Trabajo “Políticas públicas y derecho al cuidado” N°5. CIEPP Buenos Aires. Disponible en: <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2016/01/DT-5-Convenios-Colectivos-Sector-Privado-Ana-Laya.pdf>
- Laurell, Asa C. (1982): “La salud enfermedad como proceso social”. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 19: Rosario
- López Arellano, Oliva (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgacao em saude para debate*. N° 49:150-156 Rio de Janeiro. Brasil
- OIT - Lupita , Carina (2014) Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina. OIT. Buenos Aires
- OMS. (2015). Informe mundial sobre envejecimiento y salud. Ginebra.
- Pautassi, Laura y Zibecchi, Carla (2013) *Las fronteras del cuidado: agenda derechos e infraestructura*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2005) “La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas”. CIEPP. Buenos Aires. Disponible en www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.getfile&file