



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

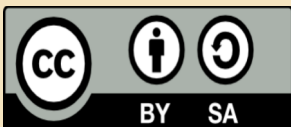
Familias, Grupo Doméstico y Cuidados

2024

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Instituto de Ciencias de la Salud.

Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 4



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Familias, Grupo Doméstico y Cuidados* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3553>



FAMILIAS, GRUPO DOMÉSTICO CUIDADOS

Comencemos:

Anteriormente afirmamos que el modelo de atención de la salud al que aspiramos pretende contemplar a las comunidades y las familias/grupos domésticos, reconociendo los diferentes territorios y dimensiones que hacen a los fenómenos de salud (dimensiones que, al decir de Pedro Castellanos, están ligadas a los modos de vida, las condiciones de vida y los estilos de vida).

Nos detendremos en los **conceptos de familia y de grupo doméstico/unidad doméstica**, que como vimos también desde el inicio (temas 1 y 2), constituyen un eje fundamental en el **PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADO (PSEAC)**. Será preciso considerar la importancia del cuidado y del autocuidado, como así también tener en cuenta el peso que conllevan la familia/grupo doméstico, respecto a la diferencia entre “enfermar” y “padecer”.

Algunos conceptos para iniciar el análisis:

E. Cragolino (1997) plantea que “... **la unidad doméstica se presenta como una organización social con un propósito específico: mantenimiento y reproducción de sus integrantes coresidentes**”. Y si bien éstos se relacionan dentro del hogar en función de proyectos como una unidad social, no es un conjunto indiferenciado de individuos. Por el contrario, destacamos que **implica una estructura de poder y un sistema de autoridad**, y que los distintos miembros ocupan posiciones diferentes y tienen relaciones y responsabilidades diferenciadas.

Estas posiciones están doblemente referenciadas a la ubicación de los miembros **en la estructura interna** (según género, edad, posición ordinal en la familia, grado de parentesco) **y en el espacio social global** (fundamentalmente según su inserción laboral y en el campo social). Varían además según los **distintos momentos del ciclo doméstico**, lo que determina una diferente participación en los procesos reproductivos y productivos, y también influye en las diferentes representaciones acerca de estas prácticas y sus resultados observados entre los miembros del grupo.

A partir de este reconocimiento de las diferencias, pueden postularse distintos intereses relativos a las posiciones de los integrantes de la **Unidad Doméstica o Grupo Doméstico**¹, que permiten pensar la cooperación sin negar la existencia de una cierta orientación unitaria de acción, ni la presencia del conflicto, en parte derivado de las estrategias individuales que puedan resultar contrapuestas. **Esta manera de entender la Unidad Doméstica., supone considerar que la posición de los cónyuges en las relaciones de fuerza doméstica y sus probabilidades de éxito en la competencia por la autoridad familiar, no son nunca independientes del capital material y simbólico que detentan o han aportado a la unidad** (Cragolino, 1997).

Ahora bien, cuando hablamos del término familia, cada uno de nosotros debemos reconocer que tenemos una representación social sobre la misma.

En la literatura, podemos encontrar múltiples definiciones de familia, pero podemos sintetizar diciendo que la familia es el grupo primario de pertenencia, la matriz de socialización de los individuos; y en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, **el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares a lo largo del tiempo, lo que hace difícil establecer una definición única**. Esto se debe a que la familia está ligada a los procesos de transformación de las sociedades.



En lo concreto, la mayoría de las unidades domésticas están compuestas por miembros emparentados entre sí (es decir son parientes en algún grado), pero el grado de coincidencia entre la unidad doméstica y la familia, incluso la amplitud del grupo de corresidentes, varía de acuerdo con los momentos del ciclo vital, y de cada sociedad.
Es decir, los conceptos de “familia” y “grupo/unidad doméstica”, si bien son términos que se relacionan, no son sinónimos.

Un poco de historia, para comprender cómo llegamos a la actualidad

La noción de **“familia moderna”** surgida en el s. XVIII, está basada en el concepto de **“patriarcado”** *-que desarrollaremos más adelante-* y expresada en el denominado **“amor romántico”** *-por la libre elección de sus miembros-*. En este modelo, el contrato matrimonial establece la reciprocidad entre el varón y la mujer, haciendo efectiva una división sexual y social del trabajo en la que el varón se constituye en productor y proveedor de bienes, y la mujer tiene a su cargo la reproducción social de la especie. Esto da lugar a la división entre el mundo público o social como dominio masculino, y mundo privado o doméstico, como dominio femenino.

Es decir, en el modelo de familia instalado en la modernidad se diferencian dos dimensiones: el mundo público, considerado el lugar para los varones; y el mundo privado, considerado el lugar de las mujeres; por lo que **“lo femenino”** queda entronizado al interior del hogar (habrán escuchado al respecto expresiones del tipo **“es la reina de la casa”**.... entre otras).

Para iniciar el debate, te proponemos mirar este video sobre “Re-generando conceptos: Amor romántico”



<https://www.youtube.com/watch?v=yJwgag8bQIE>



IMPORTANTE

Tradicionalmente, y por temas ligados a lo que se denomina “sesgo de género”, veremos que la teoría de las familias era principalmente “heteronormativa”, es decir se pensaba solamente desde la mirada heterosexual (entendiendo que “lo normal”, “lo natural” era lo heterosexual); y por otro lado desde una mirada “binaria”, estableciendo todo a modo de pares opuestos: femenino- masculino -----público/privado.

La **familia nuclear** está estructurada alrededor de la pareja y los hijos, y se apoya en tres fundamentos: **la autoridad del marido, la subordinación de las mujeres y la dependencia de los niños** (Roudinesco, 2003). Este modelo de familia, reforzado por la revolución industrial, desplaza la idea de familia extensa que predominaba anteriormente y estaba vinculada al modo de producción artesanal.



En los años '60 y '70, la familia pasó a ser una de las instituciones más cuestionadas, comienza a desnaturalizarse la idea de “afecto y armonía” que se le atribuía, contraponiéndose la idea de espacio de dominación y reproducción de las condiciones de sometimiento. Factores económicos, sociales y culturales (como la crisis de acumulación capitalista, incorporación de la mujer al trabajo extra-doméstico, el control de la natalidad, el reconocimiento de derechos), modifican la articulación entre el Estado y la familia.

Como consecuencia del desempleo masivo, la familia sufre el impacto de las nuevas reglas del mercado, constituyéndose en depositaria de los conflictos sociales, lo que provoca una crisis de inseguridad. Los mandatos que regulaban el orden familiar moderno entraron en contradicción con las aspiraciones individuales, se reformularon las relaciones de poder y su distribución al interior de las familias, generando transformaciones que tendieron a cuestionar el patriarcado.



Denominamos “patriarcado” al sistema social, político, cultural y económico en el que vivimos. El patriarcado, como sistema, ordena nuestras vidas y para esto se basa en la supremacía, la jerarquía, el privilegio de los varones y su capacidad de ejercicio del poder como autoridad. Esta forma de organización social reproduce un modelo en el que los varones son ubicados en posiciones de privilegio respecto de las mujeres y otras identidades sexo-genéricas; lo que configura relaciones asimétricas de poder que benefician a unos sobre otras/os/es y constituye una situación de injusticia y desigualdad que está en la base de las diferentes formas de violencia contra las mujeres. Este orden está naturalizado y socialmente legitimado. (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Argentina. 2021).

Los movimientos sociales de mujeres y el feminismo fueron fenómenos de gran influencia en este cambio de concepción de la familia, “desnaturalizando” las formas familiares y demostrando que las familias están estructuradas alrededor del género y la edad, la etnia, clase social, etc.

En la actualidad, hay una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia. Ya no hablamos de “Familia” sino de “Familias”.

Las familias/grupos domésticos constituyen la **primera red de apoyo social** que posee el individuo a lo largo de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce una función protectora o no ante las tensiones que genera la vida cotidiana. **Esta red de apoyo social es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.**

En este sentido, la familia / grupo doméstico cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo respecto a la formación y desarrollo de la personalidad, y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de éste para su inserción en la vida social y la trasmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales. **Una de las funciones más relevantes entonces es la de brindar CUIDADOS.**



Estrategias de cuidado de la salud al interior de las familias/grupos domésticos

Al interior de los hogares se desarrollan modos y estrategias de cuidados de la salud, identificadas como las acciones o prácticas de las familias, reiteradas a lo largo de su ciclo

de vida, tendientes a mejorar, preservar y buscar atención para sus necesidades de salud. Se trata de conductas que se eligen dentro de un rango de alternativas disponibles y que les son propias por su inserción social. Dentro de éstas, la principal estrategia de acción contra la enfermedad es la autoatención, como modalidad de atención más constante, y principal núcleo organizador y articulador de las diferentes formas de atención, ya que incluso la utilización de los servicios de salud constituye en la práctica una continuidad del proceso de autoatención (Menéndez, 2003).

Ante los síntomas de enfermedad, en la gran mayoría de los hogares se desencadenan acciones de autocuidado que provienen del conocimiento popular, transmitido por las madres, familiares o amigxs; y en los últimos años con más frecuencia del conocimiento médico aprendido por el contacto reiterado con los sistemas de atención y por la divulgación de los medios masivos de comunicación (Shufer de Paikin, 1992). La medida de no consultar al sistema de salud involucra prácticas que pueden definirse en términos de **autotratamiento** (decidido sin intervención de agentes del sistema de salud) **y/o consulta a un curandero y/u otras estrategias de autocuidado**.



Entre las **prácticas colectivas**, se observa la construcción de redes solidarias, constituidas por la ayuda entre vecinos, y la colaboración entre familiares no convivientes. **En los hogares de bajos recursos la ayuda de las redes de parentesco y vecinales en la atención de la enfermedad es frecuente y muy importante como estrategia de cuidado. Incluye cuidados a vecinos que se encuentran en condiciones más precarias y que son expulsados del sistema sanitario, así como colaboraciones económicas para la compra de medicamentos, o el traslado al Hospital. Son las mujeres “amas de casa”, las que cuidan a los enfermos de su grupo familiar y participan del cuidado de vecinos.**

El intercambio de servicios a nivel horizontal es un elemento muy importante de la vida cotidiana y en las estrategias de vida de hogares de escasos recursos. En muchas ocasiones, las familias y las relaciones entre vecinos asumen las responsabilidades de bienestar en relación con la salud, que el Estado fue abandonando en forma creciente. (Gonzales de la Rocha, 1999).

Las familias/grupos domésticos tienen para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo; pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el inicio o descontrol de una enfermedad crónica, entre otros padecimientos.



Es por eso que las familias/ grupos domésticos tienen una marcada influencia sobre el proceso de salud enfermedad atención y cuidado (PSEAC), por medio de una compleja serie de interacciones entre factores que Marc Lalonde identificó como componentes del campo de la salud: la genética, el medio ambiente, el estilo de vida y la conducta. (J.H. Madalle, 2000).

Contexto, Familias/Grupos domésticos y Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado

Eduardo Menéndez, al analizar la participación social en salud, plantea que *“...si bien todo grupo social constituye una construcción que supone un determinado nivel de intencionalidad a nivel del sujeto o del grupo; la construcción de determinados grupos como el doméstico, supone la inclusión no intencional sino estructural de toda una serie de actividades consideradas como parte intrínseca del mismo...”* (Menéndez, 2009)

Tareas como la auto-atención, el cuidado, y la reproducción biológica, económica y social, nos permiten observar la sobrecarga que existe para las mujeres del grupo doméstico, por una distribución injusta de las mismas. Así, debemos considerar que los *“procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales.”* (Menéndez, 2003).

En este marco, **el análisis de la determinación social de la salud** reconoce una verdadera concepción integral y sistémica de la salud y la enfermedad como producto social: la sociedad, el tipo de formación socioeconómica, se erige como el determinante más **general**; luego el nivel **particular**, con la acción de los grupos, en los cuales se inserta la familia/grupo doméstico como el grupo de mayor importancia en la vida de los seres humanos; y el nivel de lo **singular**, con la participación del componente meramente individual, la personalidad como instancia reguladora del comportamiento humano.



La teoría de la determinación social de la salud constituye el marco sobre el cual entender el rol que cumple la familia/grupo doméstico en su relación con la salud; por una parte, permite entender cómo el grupo familiar cumple una función en el bienestar físico y mental de sus integrantes, y, por otra parte, señala cómo las características del contexto social se ponen de manifiesto en el hogar, en tanto hábitat de la familia, y ejercen una influencia preponderante sobre su vida.

El contexto social en el que la familia/ grupo doméstico transcurre su cotidianidad, ejerce una fuerte influencia sobre la misma.

Tal como lo plantea Menéndez, *“...la familia es la institución sobre la que repercuten directamente las consecuencias de la crisis socioeconómica y las políticas de ajuste, y constituye la unidad donde se crean, organizan y/o articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/ enfermedad/ atención/cuidado... En su interior se toman decisiones sobre qué hacer con la enfermedad y/o el enfermo y con la utilización de los servicios de salud... Constituye la microestructura que más peso tiene en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado”* (Menéndez, 1992).

Al interior de las familias/grupos domésticos son las mujeres - *como parte de lo que, se supone, deben ser sus funciones de madre/esposa-* quienes históricamente se encargan de realizar la mayoría de las actividades vinculadas al proceso salud/ enfermedad/ atención/ cuidado. Ellas detectan, diagnostican, establecen los primeros tratamientos, toman parte en

las decisiones de utilización de los servicios, asisten la continuidad de los tratamientos, etc. Es necesario visibilizar también, la carga de tareas de cuidado que el sistema de salud deposita dentro del grupo doméstico, especialmente en las mujeres y disidencias, como, por ejemplo, la rehabilitación y el cuidado de discapacitados y enfermos crónicos.



En consecuencia, **los patrones diferenciales de género constituyen esquemas referenciales para representar culturalmente a la enfermedad, para definir la condición de “enfermo” y para inducir el tipo de atención.**



ACTIVIDADES

1. Te invitamos a leer el artículo “Malasia: tres mujeres son azotadas por haber mantenido relaciones sexuales fuera del matrimonio” en el siguiente link, para luego relacionar lo leído con los conceptos de modo de vida, condiciones de vida y estilos de vida, aplicado al rol de la familia/grupo doméstico en la determinación de la salud.

<https://www.europapress.es/internacional/noticia-malasia-tres-mujeres-son-azotadas-habermantenido-relaciones-sexuales-fuera-matrimonio-20100217144858.html>



Acerca del CUIDADO

Algunas consideraciones acerca del cuidado

El **cuidado** es un término polisémico que engloba un conjunto de actividades, bienes y relaciones destinados a proveer “bienestar” a cada persona en su vida cotidiana a lo largo del curso de vida. **El cuidado incluye desde tareas cotidianas esenciales como alimentación**, higiene y acompañamiento, afecto, subjetividades y enseñanzas, de acuerdo con la etapa vital de quien recibe cuidados y de quien los provee.

Además, durante todo el curso de vida se agrega el autocuidado que cada persona dedica a sí misma. De esta manera, el cuidado en su conjunto constituye un trabajo muy exigente a nivel físico y emocional, que demanda infraestructura, tiempo y recursos, y que se desarrolla de manera ininterrumpida a lo largo de la vida de cada persona.

Entendemos por “cuidado” a todas aquellas “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto 2015). Representa, por lo tanto, una dimensión central del bienestar social. “Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza, compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación

de horarios, traslados, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros)” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto 2015).

El cuidado permite atender las necesidades de las personas requirentes de cuidado por su edad o por sus condiciones/capacidades (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con algunas discapacidades) y también de las que podrían auto proveerse dicho cuidado (Rodríguez Enríquez, 2012). Esta actividad **puede ocurrir** en forma **no remunerada**, basada enlazos familiares o comunitarios, proveerse en el sector público o puede estar comercializada y ser adquirida en el mercado (Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado, 2020)

El acto de cuidar se considera un trabajo porque implica tiempo, desgaste de energía y genera valor. Todo el trabajo que las personas (en su gran mayoría mujeres) realizan en los hogares, como tareas de cocina, de limpieza y cuidado de otras personas en el hogar, se efectúa sin remuneración y sin que medie un contrato que establezca un valor, las responsabilidades y beneficios que conllevan dichas tareas. Sin embargo, tenga o no remuneración monetaria, estos trabajos generan valor para la sociedad en gran escala y para quienes se benefician en forma indirecta (CEPAL, 2009). Además, es precisamente el trabajo de cuidar a otros el que permite la reproducción de la fuerza de trabajo que necesita la sociedad capitalista. De allí se deriva su relevancia no solo social sino también económica.

La organización social del cuidado



El cuidado puede ocurrir en forma no remunerada (**hablaremos de Trabajo Doméstico de Cuidado No Remunerado “TDCNR” por ejemplo**), basado en lazos familiares o comunitarios, proveerse de los servicios que brinda el sector público (centros de desarrollo infantiles, escuelas, etc.) o puede estar comercializado y ser adquirida en el mercado, es decir, brindado por el sector privado (cuando se contrata a alguien para que realice esos cuidados). A partir de estas definiciones generales, podemos identificar a los distintos actores del cuidado: Estado, mercado, comunidad, familias. La forma mediante la cual estas personas se vinculan e interactúan entre sí se denomina la organización social del cuidado.

Históricamente, quienes sostuvieron este trabajo fueron principalmente las mujeres, y eso se vincula con que son tareas asociadas a una construcción/mandato cultural por el cual se ha atribuido a las mujeres la posesión de una “capacidad natural”, una sensibilidad diferente a la de los varones para cuidar de otros, explicadas en función de su posibilidad de gestar y amamantar. La división sexual del trabajo tiene su raíz allí: el rol del varón es el de proveedor de la familia y el rol de la mujer es el de cuidadora.

Aunque las tareas de cuidados son un trabajo central para el sostenimiento de la vida y de la economía, son tareas subvaloradas, invisibilizadas, altamente feminizadas y no remuneradas.

Asimismo, esta desigual distribución de tareas y su no valoración, si bien se registran en todos los estratos sociales de nuestra sociedad, se profundiza y vivencia mucho más fuertemente en los hogares pertenecientes a los sectores populares, quienes tienen más demandas de cuidados y menos posibilidades de resolverlas si el Estado no las garantiza. Si bien existen políticas públicas destinadas a cubrir algunas demandas de cuidado, no llegan a satisfacer todavía la necesidad existente. Es por ello que, por ejemplo, en contextos de mayor vulnerabilidad han emergido con fuerza diversas formas de cuidado a nivel comunitario, que en base a lazos de proximidad, solidaridad y cooperación, despliegan distintas estrategias: comedores, merenderos, guarderías comunitarias, jardines maternales y jardines de infantes comunitarios, espacios recreativos para personas mayores, entre otros. Estos lugares se constituyen en sostén fundamental de la comunidad en la que se encuentran.

Una responsabilidad pesada y desigual a lo largo del mundo

Las mujeres y las niñas realizan más de las **tres cuartas partes** del TDCNR en el mundo y constituyen dos tercios de la fuerza laboral remunerada del cuidado.

Realizan cada día 12.500 millones de horas de TDCNR. Cuando se valora al salario mínimo, esto representaría una contribución a la economía global de al menos \$10,8 billones al año, más de tres veces el tamaño de la industria tecnológica global.

En los países de bajos ingresos, las **mujeres de las zonas rurales** dedican hasta 14 horas al día al trabajo de cuidados no remunerado.

En todo el mundo, el **42% de las mujeres no pueden conseguir trabajo porque son responsables de todos los cuidados** en comparación con sólo el 6% de los hombres.

El 80% de los 67 millones de trabajadores domésticos del mundo son mujeres; el 90% no tiene acceso a la seguridad social y más de la mitad no tiene límites en sus horas de trabajo semanales.

Fuente: OXFAM

Todas estas situaciones mencionadas nos permiten dar cuenta de que la feminización, invisibilización y precarización de los trabajos de cuidado inciden en la generación y reproducción de la pobreza, el desempleo y la desigualdad social. Es fundamental comprender que la forma en la que actualmente se da la organización social del cuidado en

nuestro país se convierte en el eje de las desigualdades entre los géneros y por ello, apostar a una nueva forma de organización, es un elemento clave a la hora de pensar en un desarrollo sostenible e igualitario. (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. 2021)

Salud y Cuidados



En el caso de la salud, el cuidado asume características específicas, complejas y altamente exigentes que forman parte de un tratamiento médico, de un proceso de recuperación tras una cirugía o de un acompañamiento permanente en casos de enfermedades crónicas, situaciones de discapacidad, o en afecciones de salud mental. Estos cuidados, con características de “mano de obra intensiva” y que suponen un trabajo “cara a cara y cuerpo a cuerpo”, son indispensables para garantizar la salud de la persona y se llevan a cabo principalmente en los hogares, de manera no remunerada y por parte de las mujeres.

Dichos cuidados se encuentran invisibilizados y no han sido abordados en las políticas y acciones estratégicas de salud. Además, **el trabajo no remunerado de cuidado de la salud también se extiende a la comunidad** por vía de las distintas prestaciones, tareas y labores que realizan las mujeres para personas sin cobertura de seguridad social, en condiciones de vulnerabilidad o que simplemente no tienen “quién los cuide” (Pautassi y Zibecchi, 2010).

Brindar cuidados de salud impacta directamente en la calidad de vida de las cuidadoras y en el tipo de atención que brindan, ya que afecta a su salud física y psicológica. Los efectos negativos en la salud de las cuidadoras no solo afectan su bienestar, sino que también representan un costo para el sistema de salud (OPS, 2018).

El cuidado de salud es un derecho humano y como tal impone obligaciones de cumplimiento de estándares precisos de calidad, cantidad, adecuabilidad, adaptabilidad y accesibilidad. De esta manera, el cuidado no remunerado de salud conjuga un reconocimiento como función social y a su vez impone obligaciones a los Estados y a particulares.

La preocupación por el cuidado de las personas ha adquirido un carácter de urgencia debido a los cambios demográficos y las consiguientes demandas y necesidades sociales de cuidado. Cada vez hay más personas dependientes que requieren cuidados especiales, pero escasean los servicios públicos y privados disponibles para ellos. Por eso, las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado de las personas mayores y de niños, niñas y adolescentes, sin mencionar los cambios en el sistema de salud pública que dejan en manos de los hogares el cuidado de los procesos de salud-enfermedad (Batthyány, 2015: 16).

Los países se enfrentan a tendencias demográficas de envejecimiento poblacional y alargamiento de la esperanza de vida, lo cual implica una mayor tendencia a enfermedades crónicas o situaciones que generan algún tipo de discapacidad física o mental, al mismo tiempo que demanda más cuidado. **El sistema sanitario institucional aporta el diagnóstico y los tratamientos más cualificados, pero la enorme demanda de cuidado se satisface mayoritariamente fuera del sistema sanitario institucional, en forma de trabajo no remunerado.** Muchos países han comenzado a limitar el gasto público en salud, alentando a los individuos a que envejezcan en sus propios hogares, para lo cual **la inversión de servicios financieros públicos es más baja, aunque la carga económica impuesta a los individuos y sus familias es más grande.**

La crisis de los cuidados

Se define esta crisis, en primer lugar, como el resultado de los cambios poblacionales que implican el constante incremento en la necesidad de cuidado prolongado, así como de la baja disponibilidad de cuidadorxs no remunerados por su ingreso al mercado de trabajo.



En América Latina, la denominada “**crisis de los cuidados**” (CEPAL, 2013) ha sido situada en el contexto de cambios demográficos acelerados en los países, especialmente el envejecimiento progresivo de las sociedades y las transformaciones producidas en los mercados de trabajo, donde la participación de las mujeres aumenta –*atravesada por situaciones de desigualdad y discriminaciones múltiples*– pero las transformaciones en la organización familiar y social del cuidado todavía no se han producido. Los varones continúan al margen de sus responsabilidades de cuidado, al tiempo que aumenta la población demandante de cuidado (Rico, 2011). Por otra parte, desde las instituciones se ha ignorado en gran medida dicha crisis y las respuestas para abordarla, salvo excepciones, no son integrales (Durán, 2018)

La Economía del cuidado.

Para dimensionar el rol económico de estas tareas hablamos de “**economía del cuidado**”, un término que nos permite vislumbrar la interrelación y rol del cuidado entre lo productivo y lo reproductivo.



La economía del cuidado, que tiene su origen en las corrientes de la economía feminista, es un concepto que visibiliza el rol que este trabajo cumple en el marco de las sociedades

capitalistas, así como su peso en la vida de las mujeres. Desde esta perspectiva, se busca evidenciar la contribución de las mujeres a una economía alternativa que no sólo mide el trabajo remunerado, sino también el no remunerado.

Las tareas domésticas y de cuidado consideradas como un todo son la actividad que más aporta a la economía: los cuidados representan un 16% del PBI. Son tareas que en su mayoría realizan las mujeres de manera gratuita, es decir, sin ningún tipo de remuneración, pero con un gran costo en términos de tiempo. De acuerdo al informe elaborado por la Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, dependiente del Ministerio de Economía de la Nación, el Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) representa un 15,9% del PIB y es el sector de mayor aporte en toda la economía, seguido por la industria (13,2%) y el comercio (13%).



Género y cuidado. Enfoque interseccional.

Cuando hablamos de cuidados nos referimos al núcleo duro de la desigualdad de género provocado por la división sexual del trabajo, que regula las esferas de lo público y lo privado, lo productivo y lo reproductivo y también el imaginario de estos mundos como ámbitos escindidos. Es decir, **partimos de la evidencia de que la distribución del cuidado entre lxs actorxs sociales es inequitativa, recayendo mayoritariamente sobre las familias y dentro de estas sobre las mujeres, personas travestis y trans u otras identidades feminizadas asociadas a “naturales cuidadorxs”, repercutiendo en el desarrollo vital, los trayectos formativos y laborales de estas personas.**

En el caso de las identidades LGBTI y demás identidades subalternizadas, también encarnan la figura depositaria del mandato del cuidado cuando no son excluidas de sus familias, y dependen exclusivamente del cuidado comunitario de sus pares cuando sí lo son. Todas estas vivencias deben ser tomadas en cuenta en la definición de políticas redistributivas del cuidado con enfoque de equidad de géneros.

Además, es necesario abordar la problemática desde un **enfoque interseccional**. El trabajo de cuidado no remunerado no sólo está distribuido desigualmente entre

varones, mujeres y otras identidades de género, sino también entre los distintos estratos socioeconómicos. **La organización social del cuidado actual es factor de reproducción de la desigualdad social y de género.**

El objetivo de la intervención integral del Estado en esta organización social del cuidado es entonces, el de reconocer el cuidado como una necesidad que debe ser cubierta y por lo tanto como un derecho, y como un trabajo que debe ser revalorizado, retribuido y remunerado cuando así corresponda. Mientras que, al mismo tiempo, el Estado debe velar por una mejor redistribución de esos cuidados, tanto en términos de género como de clase.

Es tarea del Estado reconocer, valorizar y profesionalizar el trabajo de cuidados hoy en cabeza de las mujeres, manteniendo presente que la feminización de este tipo de trabajo es producto de una construcción histórica signada por la segregación que las ha dejado por fuera de sus capacidades electivas y de su deseo.

No es el objetivo “eliminar” los cuidados, sino ponerlos en el centro de la agenda económica y social, para que quienes necesiten cuidado lo tengan sin que ello dependa de su nivel de ingresos ni de su composición familiar, y para que las personas que libremente -y sin importar su género- elijan dedicarse a cuidar, puedan ser retribuidas por ello y contar con protección social adecuada. Y el Estado tiene que generar políticas acordes a esta necesidad.



ACTIVIDAD GRUPAL:

Les invitamos a ver el video “Eso que llaman amor es trabajo no pago”; y luego responder las siguientes preguntas en base a sus propias experiencias: ¿cómo se da la distribución de las tareas de cuidado al interior de sus familias/grupos domésticos? Fundamenten, teniendo en cuenta el texto y el contenido del video.

Eso que llaman amor, es trabajo no pago



BIBLIOGRAFIA

Barcala, A., Stolkiner, A. (2009). Estrategias de cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. En libro: *Jornadas Gino Germani*. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/barcala.rtf>

Cragolino, E. (1997). La Unidad Doméstica en una investigación de antropología educativa. *Revista Margen*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.margen.org/docs/curso46-11/unid01/apunte05_01.pdf

Comes, Y. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100013

Gamardo, M. Ierullo, M. (2014): Familia y pobreza. Una introducción necesaria. En: Clemente, A. (comp.): *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Argentina: Editorial Espacio.

Gershanik, A. (1995) Salud de los niños y empobrecimiento: su atención. En Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina". Minujín, Alberto (comp.) Buenos Aires. Unicef - Losada.

González de la Rocha, M. (1999). Cambio social y dinámica familiar. En *Nómadas* (Col), núm. 11, octubre, pp. 54-62 Universidad Central Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105114277005.pdf>

INDEC (2020) *Estudio sobre el impacto de la Covid-19 en los Hogares del Gran Buenos Aires*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EICOVID_primer_informe.pdf

Jelin, E (1996): "Familia y Unidad Doméstica: mundo público y vida privada". Editorial CEDES Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires Disponible en https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3500/1/Est_c1984%2c4.pdf

Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, v.29 (Nº.1). Ciudad de La Habana, Cuba. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007

Madalie, JH (2000). ¿Es la Familia una realidad en la Medicina Familiar?, España, *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, Vol. 10 Nº 7, 2000.

Menéndez, E.L. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médico-Sociales* 59:3-18.

Menéndez, E.L. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8 (Nº 1) pp.185-207. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Río de Janeiro, Brasil. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>

Menéndez, E.L. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. 1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial

Menéndez, E.L. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Revista Salud Colectiva*. U.N.La. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3149/1671>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021). *Cuaderno de participación y formación. Registro de Promotorxs Territoriales de Género y Diversidad a Nivel Comunitario*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuaderno_de_participacion_y_formacion_-_registro_tejiendo_matria.pdf

Osorio, RM (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Pizarro Carreño, E., Rivera Antiquera, M. (2007). La familia como problemática de salud en atención primaria. Diplomado en Salud Pública Módulo I: *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile.

Shufer de Paikin, M et al (1992) El cuidado de la salud en familias de la ciudad de Buenos Aires: su caracterización según nivel socioeconómico. En *Medicina y Sociedad*, Vol.15 No.2

Unicef Argentina (2021). *El impacto de la pandemia covid-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes*.

<https://www.unicef.org/argentina/media/11316/file/Encuesta%20de%20percepci%C3%B3n%20y%20actitudes%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.%20El%20impacto%20de%20la%20pandemia%20COVID19%20en%20las%20familias%20con%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes..pdf>

Balardini, L., Gherardi, N., Martelotte, L. y Pautassi, L. (2020). El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52207>

Batthyány K, Genta N., Perrotta V. (2015) El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay. *Asuntos de Género*, Series de la CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/38911-aporte-familias-mujeres-al-cuidado-remunerado-la-salud-uruguay>

Batthyány, K. (2021) *Políticas del cuidado*. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210406022442/Políticas-cuidado.pdf>

CEPAL (2009). “Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad” y “Políticas Públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas” en *Panorama Social en América Latina 2009*. CEPAL, Santiago de Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1232-panorama-social-america-latina-2009>

CEPAL (2013). *Redistribuir el cuidado, el desafío de las políticas*. Cuadernos de la CEPAL No.101

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27871/1/S2012875_es.pdf

Durán MA (2008). Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social. En “La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado”.

Washington, D.C.: OPS; 2008.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6034/LA%20ECONOMIA%20INVISIBLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Durán MA. (2018) *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia. Universitat de Valencia

Esquivel V (2015) El cuidado: de concepto analítico a agenda política. En *Revista Nueva Sociedad* No 256. <https://www.nuso.org/articulo/el-cuidado-de-concepto-analitico-a-agenda-politica/>

Gherardi, N., Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2012). *De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado*. 1a ed. - Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA.
<http://www.ela.org.ar/a2/objetos/adjunto.cfm?codcontenido=814&codcampo=20&aplicacion=app187&cnl=14&opc=49>

Hernández Bello A. (2009) El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud* vol.8 No.17
<https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009011.pdf>

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 de trabajo.

W.D.C.OPS **INDEC** (2013) Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo. Instituto Nacional de Estadística y Censos

https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado (2020) Informe *“Hablemos de cuidados”*. Min. de las Mujeres, Géneros y Diversidad; Min. de Salud; Min. de Economía; Min. de Desarrollo Social; Min. de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Min. de Educación; Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales; Agencia Nacional de Discapacidad; Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social; ANSES; AFIP; PAMI. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>

Ministerio de Economía. Secretaría de Política Económica. Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género. (2020) Informe: *“Los cuidados, un sector económico estratégico Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto”*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

Montaño Virreira S y Rico MN. (2007) La contribución de las mujeres a la economía y la protección social en relación con el trabajo no remunerado. En Montaño S (coord.), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y El Caribe*. X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 55-111. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2855>

OPS (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6034/LA%20ECONOMIA%20INVISIBLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS (2018) *Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres*. Organización Panamericana de la Salud.

Washington, DC.

https://www3.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

Pautassi L., Zibecchi C (2010) La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. Cuadernos de la CEPAL - Serie Políticas sociales No 159

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6164/S1000086_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pautassi L. (2018). El cuidado: de cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción. En ONU-Mujeres (ed.), El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, Ciudad de México: ONU-Mujeres; 178-191.

https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2018/05/LIBRO%20DE%20CUIDADOS_Web_2Mayo_final.pdf

Rico MN. (2011) Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Serie Seminarios y Conferencias, núm. 61. Santiago de Chile: CEPAL

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6982/S2011910.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez Enríquez C. (2012) La cuestión del cuidado: ¿el eslabón perdido del análisis económico? Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, No. 109:23-36. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11524-la-cuestion-cuidado-eslabon-perdido-analisis-economico>

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: ADC- CIEPP-ELA <http://elcuidadoenagenda.org.ar>

Rodríguez Enríquez C, Marzoneto G. (2015) Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 Nº 8 U.N. La <http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/949/946>