

Implementar políticas de atención para promover la igualdad de género inclusiva

Almudena Cabezas González. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

macabeza@cps.ucm.es

Eva Fernández Arrúe. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

efarrue@ucm.es

Resumen

El artículo a presentar muestra las políticas de cuidados en el sur de Europa, concretamente Portugal y España, que han desarrollado medidas para asistir a la población dependiente, como establece el mandato europeo (Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros y Recomendación del Consejo, de 31 de marzo de 1992, sobre el cuidado de los niños y de las niñas) Para un análisis más detallado se comparan las políticas de cuidados de España y Portugal con las de Costa Rica y Uruguay, países que poseen sistemas integrales de cuidado que abarcan una población y unos servicios más amplios.

Considerando que estas medidas promueven la igualdad de género, al fomentar la corresponsabilidad en los cuidados de la población dependiente, haciendo partícipes de los mismos al Estado, la familia, la comunidad y los agentes sociales, enfocamos el artículo en los cambios que han supuesto estas políticas para las mujeres. De este modo, destacamos dos aspectos, la familiarización de los cuidados y los servicios que facilitan la integración femenina en el mercado laboral. La persistente familiarización de los cuidados y su enfoque hacia la equidad socioeconómica, más que de género, se aprecia en la comparativa de los países estudiados, donde se destaca que estas medidas ayudan a conciliar la vida laboral y familiar, pero no integran la perspectiva de género ni incluyen a los hombres en la corresponsabilidad de cuidados.

Palabras clave

Sistemas de cuidados, género, población dependiente, ciudadanía

1. Los debates de los cuidados y las desigualdades de género

Cuando la vida cotidiana se convierte en objeto de análisis y de las políticas públicas es inevitable reflexionar sobre el trabajo que realizan las mujeres para sostener a las familias, y de fondo, sostener también el sistema capitalista. Desde un inicio el debate sobre las políticas de cuidado y el trabajo doméstico se plantea en torno a la imposibilidad de mercantilizar completamente las actividades al interior del hogar (Dalla, 2006), pero desde los años setenta del siglo pasado a la actualidad, pasando por su entrada en la agenda pública en los noventa, los cuidados son un *hot topic* de la política actual¹.

Los primeros análisis del cuidado se centran en la división sexual del trabajo, es decir, la diferencia entre el espacio privado y público que hacen del trabajo productivo y reproductivo dos esferas diferenciadas. Anteriormente a la industrialización esta división no era tan visible y el trabajo de cuidados se realizaba en el entorno familiar, incluyendo a menores desde muy temprana edad. Sin embargo, la pérdida del papel productivo de la familia frente al mercado disuelve las instituciones comunales, las relaciones de vecindad y parentesco, y la proliferación del trabajo fabril y los horarios estrictos de trabajo modifican la organización familiar, el trabajo doméstico y los cuidados (Valcárcel, 1991; Carrasco *et Al.*, 2011). En este proceso, también cabe destacar el papel de los discursos médicos que van a vincular la maternidad con el cuidado (Cabezas y Berná, 2013).

Cuando las mujeres abandonan progresivamente el trabajo formal, éste pasa a ser territorio masculino y los hombres se convierten los proveedores de recursos de las familias, mientras las mujeres quedan como dependientes de esos varones trabajadores, a excepción de aquellas que no se encuentran en una relación heterosexual, las que han perdido al cónyuge, o están en situación de abandono o servicio militar, quiénes se verán obligadas a compaginar un trabajo formal con el de cuidados y doméstico. “*El resultado fue la familia nuclear, la mujer-madre y el pacto del salario familiar*” (Miranda, 2006: 48). Posteriormente, la progresiva reincorporación de las mujeres al mercado laboral trae consigo la visibilización de la sobrecarga de trabajo que supone la denominada doble jornada (Ferguson: 337 en Waylen *et al.*, 2013). No en vano, ya en el siglo XIX hubo reivindicaciones de mujeres trabajadoras, solicitando reducción de jornada, y de aquellas que no trabajaban formalmente, demandando un salario para las amas de casa (Carrasco *et al.*, 2011).

En este sentido la división sexual del trabajo es uno de los pilares del Estado de Bienestar que necesita del matrimonio para suplir las carencias del bienestar cotidiano, como son los cuidados de dependientes, que hacen a las mujeres responsables de la reproducción en general. De este modo, junto a las desigualdades que enfrentan las mujeres en el empleo

¹ Como recuerda M^a Ángeles Durán, refiriéndose al caso español: “*En las elecciones generales de diciembre 2015, todos los grandes partidos hicieron alguna mención al cuidado en sus programas e incluyeron referencias al envejecimiento*” (2016: 115)

formal -menor remuneración, mayor presencia en sectores de poca cualificación y menor acceso a puestos de responsabilidad-, la carga de las tareas del hogar y los cuidados dificultan una vida laboral continua. Las mujeres entran y salen del mercado a causa de sus responsabilidades familiares, y en general, “optan” en mayor proporción que los hombres a trabajos de jornada parcial (Huertas et al., 2016). Aunque el trabajo reproductivo supone una importante aportación gratuita de las mujeres a las cuentas nacionales (Durán, 2002, 2011), y como evidencian las encuestas de uso del tiempo las tareas domésticas y de cuidado en el hogar son un trabajo (Dalla, 2006; Aguirre et al., 2014; Pereira, 2014; Jiménez-Fontana, 2016); sabemos que la valoración social del mismo es escasa. La naturalización del rol de cuidadora supone para las mujeres una fuerte pérdida de autonomía para ellas.

Desde el pensamiento feminista se ha tratado de retar esta subvaloración de la contribución de las mujeres a la economía y a las sociedades en su conjunto. Existen diferentes expresiones para resignificar las tareas de la esfera privada asignadas socialmente a las mujeres, pero tanto *trabajo doméstico* como *trabajo de cuidados* forman parte de las demandas sociales que se incluyen progresivamente en las políticas públicas europeas (Pfau-Effinger, 2014) y latinoamericanas (Vega y Gutiérrez, 2014). Su consideración como trabajo busca incidir en la persistente división entre trabajo productivo y reproductivo, dotando de valor económico y social al trabajo en el hogar no remunerado.

Aunque se ha avanzado en un consenso político sobre la consideración del trabajo doméstico o del hogar², lo cierto es que el debate sobre los cuidados permanece abierto a fin de visibilizar todo el trabajo que se articula en torno a lo doméstico. Así, el concepto de “economía del cuidado”, que utilizan las economistas feministas, enfatiza la relevancia económica y social de este trabajo, mientras desde la sociología se apuesta por “régimen de cuidados”, “organización social del cuidado” o “cuidado social” a fin de criticar el papel que tiene el Estado, la familia y el mercado en el acceso al mismo (Sainsbury, 1999; Daly y Lewis, 2000; Faur, 2011). Igualmente, en ocasiones “cuidados” es considerado un concepto más apropiado que “trabajo de cuidado” por su significado más amplio (Esquivel, 2015). A pesar de las diferencias en todas ellas se trata de desnaturalizar la vinculación entre cuidados y mujeres y reconocer el derecho a recibir cuidados y a proporcionarlos en condiciones adecuadas.

De este modo, la concepción pionera que relega el cuidado a la esfera privada y naturaliza el rol de género de las mujeres, y su infravaloración social por sus inherentes dimensiones

² Así, el desarrollo de políticas vinculadas al trabajo doméstico se centra en la regulación de sus condiciones - como horarios, salarios y formas de cotización, cuando es realizado para terceras personas-, pero excluye el trabajo realizado al interior del hogar. Ejemplo de las mismas es el Convenio 189 de la OIT, el cual España no ha ratificado.

emocionales³, es superada. Además de cuestionar la división entre lo público y lo privado, se trata de deconstruir la idea de que existe un “trabajador ideal” exento de responsabilidades. De esta forma, el énfasis se traslada a las políticas de conciliación de la vida privada y laboral tales como las licencias remuneradas, espacios de cuidado en los lugares de trabajo o excedencias laborales por cuidado (Huertas et al., 2016), a la corresponsabilidad en las parejas. Con ello se busca hacer frente a la tensión trabajo-cuidados y modificar la división sexual del trabajo de forma compensatoria hacia las mujeres⁴.

1.1 Las políticas de cuidado

La tensión entre las distintas formas de articular la relación trabajo-cuidados permite reclamar al Estado respuestas y políticas específicas para el cuidado de la población que superen el marco de las políticas de conciliación familia-trabajo. Ahora bien, el menor reconocimiento social de las tareas de cuidados genera menores prestaciones de seguridad social y salarios por debajo del mínimo profesional, y no alcanza para cubrir las demandas existentes en tiempo y recursos del trabajo de cuidados. Por lo tanto, la insuficiencia de las prestaciones económicas y la baja remuneración asignada al trabajo de cuidados provoca inseguridad financiera entre quienes deben dejar un trabajo formal por la responsabilidad de cuidar a un familiar dependiente; y esta situación de riesgo, se considera mayor cuando el familiar que cuida no es parte de un matrimonio heterosexual (Vega y Gutiérrez, 2014; Pfau-Effinger, 2014).

Por otro lado, los servicios se han mercantilizado permitiendo a las familias que poseen recursos económicos la contratación de alguien para el cuidado, reduciendo las cargas del mismo; pero su acceso es limitado para las familias con menos recursos, siendo las mujeres de clases bajas las contratadas para el cuidado. En el caso europeo, las mujeres contratadas para cuidar suelen ser migrantes y en el contexto latinoamericano indígenas y afrodescendientes (Vega y Gutiérrez, 2014), fenómeno que genera las llamadas “cadenas mundiales de afectos y asistencia” o “cadenas de cuidado global” (Carrasco, Borderías, Torns, 2011; Orozco, 2008). De este modo, optar por las prestaciones económicas en vez de la conformación de servicios sin resignificar el valor de las actividades de cuidados ha supuesto la descentralización de los cuidados hacia poblaciones de bajos recursos económicos (Artiaga, 2015). Las mujeres y niñas de los hogares de menores ingresos o migrantes son las responsables del cuidado de sus familiares, a la vez que son las contratadas

³ “Care is both the paid and unpaid provision of support involving work activities and emotional empathy. It is provided mainly ... by women to both able-bodied and dependent adults and children in either the public or domestic spheres, and in a variety of institutional settings”(Thomas 1993: 665, citado en Pfau-Effinger, 2014)

⁴ Por ejemplo, en el artículo 97 del Código de Trabajo costarricense se establece el derecho al descanso por lactancia durante la jornada laboral, mientras en España se amplía en 2017 a cuatro semanas la licencia de paternidad con la Ley 9/2009; el artículo 34 del Código de Trabajo portugués establece prestaciones por parentalidad como el cuidado de hijas e hijos; en Uruguay la Ley N° 18.436 amplía el derecho a la reducción de jornada durante seis meses a las personas que adopten menores.

por las clases medias y/o pudientes en condiciones precarias. En definitiva, la mercantilización del cuidado y la baja remuneración trae consigo la perpetuación de las desigualdades de género, así como las de clase y étnicas que se retroalimentan como bien ha señalado la literatura feminista sobre interseccionalidad.

Por ello, tener en cuenta la división entre trabajo productivo y reproductivo y su vinculación con los roles masculino y femenino respectivamente no es suficiente para pensar el cuidado y articular las políticas públicas al respecto, es preciso pensar en las mismas más allá de los contextos urbanos, pues las mujeres en entornos rurales son especialmente activas en las tareas agrícolas y las necesidades de cuidados tienen sus especificidades. Asimismo, debe irse más allá de la familia heterosexual nuclear y valorar los diferentes arreglos familiares existentes, monomarentales de diverso cuño, parentales pero sin un varón proveedor de recursos económicos o donde cohabitan diferentes generaciones ampliando los familiares dependientes. Además, la centralidad de la familia en el debate vuelve a oscurecer que la carga de los cuidados recae sobre las mujeres siendo un problema de toda la sociedad.

Los debates sobre el derecho al cuidado suponen diferentes desarrollos teóricos y prácticos, desde la mercantilización de los servicios al reclamo de la sostenibilidad de la vida como centro de la sociedad a través del concepto de *cuidadanía* (Junco et al., 2004) o su consideración dentro del “buen vivir” sudamericano (León, 2009). Estas cuestiones se aprecian en los modelos que no han universalizado el derecho al cuidado y forman parte de un debate público sobre el cuidado como una cuestión social en la que deben participar la familia, el Estado, el mercado y las organizaciones sin ánimo de lucro.

2. Los Modelos de cuidados: tradicional, semi-formal y formal

La politización de los cuidados ha supuesto el desarrollo de políticas públicas que buscan ampliar los derechos clásicos de los Estados de bienestar, educación, salud y seguridad social, incluyendo la atención en situaciones de dependencia (Aguirre *et Al.*, 2014). Su impacto alcanza hasta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que articulan el derecho a recibir cuidados con la autonomía económica y social de las mujeres: *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*, y la meta de “*Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país*”⁵.

Desde 1998, la Unión Europea integra el concepto de *Gender Mainstreaming* como mecanismo integral para incidir en las desigualdades que enfrentan las mujeres. Una

⁵ Véase en Internet, la página Web de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

concepción amplia de las desigualdades incluye a las responsabilidades del hogar en el debate político. La articulación de las políticas de cuidado europeas se plantean como una respuesta al envejecimiento de la población y la falta de personal para su cuidado tras la inclusión de las mujeres en el mercado laboral (Durán, 2002, 2011, 2016). Apelando al trabajo realizado por las familias para ayudar a la población dependiente y la responsabilidad estatal al respecto, los sistemas de cuidado que surgen siguen una lógica mercantil amparada en estrategias de empleo. Así, frente a la demanda de cuidados, mayoritariamente de gente adulta y personas con grados altos de dependencia se oferta un trabajo de cuidados desde lo familiar a lo profesional como forma de inserción laboral femenina (Artiaga, 2015). Sin embargo, para los cuidados de la población menor de tres años las políticas públicas difieren enormemente en cada país de la UE, estando menos desarrolladas que aquellas dirigidas a la población mayor o con altos grados de dependencia. Estas políticas se basan en la Estrategia Europea sobre el Empleo (EES) que establece las directrices para la creación de empleo bajo la premisa de la igualdad de trato para mujeres y hombres en el mercado laboral. Se trata de una política económica cuya finalidad última es aumentar la tasa de empleo a través de la reducción de la “inactividad femenina”, que no aborda las cuestiones del cuidado y el trabajo no remunerado. La EES se adapta a los cambios económicos sin tener en cuenta la inamovilidad del trabajo de cuidados que se oculta detrás (Rai and Waylen, 2008).

En el caso de América Latina las políticas públicas se han planteado de forma semejante a las de la UE, considerando la dependencia de la población mayor y su articulación con las políticas para erradicar la pobreza. La orientación anti-pobreza convierte en sujetos de las mismas a las madres denominadas *jefas de hogar*, dotandolas de recursos a cambio de compromisos como la asistencia a las consultas médicas o a cursos de formación (Huertas et al., 2016). Las políticas para reducir la tensión trabajo-cuidados se enfocan en mayor medida en las familias con menos recursos que tienen menores dependientes, priorizando a aquellas encabezadas por mujeres porque, a diferencia de Europa, el envejecimiento y el modelo de familia nuclear heterosexual no son las características dominantes en todas las sociedades latinoamericanas (Vega y Gutiérrez, 2014), a pesar de estar presente en países con transición demográfica adelantada como Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay.

Las políticas en torno al cuidado de América Latina y Europa comparten el reconocimiento del mismo y de la sobrecarga que supone para las familias tener que responsabilizarse del cuidado de familiares dependientes. Se entiende que la población dependiente es aquella que necesitan de otra persona para sus actividades básicas diarias; y, según cada legislación, se considera la dependencia derivada de la edad, las enfermedades o diversas incapacidades (Huertas et al., 2016). Esta asunción da pie a un debate en torno a la población menor de 3 años que se encuentra incluida en algunos sistemas de cuidados, pero que está mayoritariamente excluida pues se asume que las políticas de conciliación laboral cubren las demandas de cuidado de esta población.

Como se ha establecido en la literatura especializada, la visibilización del cuidado en el hogar ha generado tres modelos: dos de ellos vinculados a políticas públicas, y el modelo de organización familiar donde no hay intervención estatal. Este último, el modelo tradicional de provisión de cuidados es aquel llevado a cabo por las mujeres de la familia bajo la informalidad, al considerarse responsabilidad exclusiva de ellas las tareas vinculadas al espacio privado. Para su mantenimiento las mujeres ejercen el rol de amas de casa y los varones de proveedores de recursos: las primeras realizan tareas en el espacio privado, infravaloradas y no remuneradas, mientras los hombres trabajan en el sector formal, espacio de prestigio y que aporta recursos y derechos. En este modelo tradicional de cuidados no participa el Estado directamente y los derechos de quien lo realiza dependen del familiar empleado formalmente, y al regularse como solidaridad familiar no se considera “trabajo” (Pfau-Effinger, 2014).

Los otros dos modelos surgen al reincorporarse las mujeres al mercado laboral formal y mantener sus responsabilidades de las tareas no remuneradas del hogar, y reclamar ante la sobrecarga de trabajo que suponen las *dobles jornadas*. La deconstrucción del modelo tradicional familiar y el reconocimiento de las tareas domésticas y los cuidados como trabajo, al igual que el derecho a recibir cuidados, obligan a una respuesta estatal ante la demanda de atención a los diferentes miembros dependientes de las familias. Estos modelos, aprobados en cada Estado, han sido agrupados en dos tipos ideales de regímenes de atención: el modelo de atención semi-formal y el modelo de atención formal (Pfau-Effinger, 2014; Artiaga, 2015).

El modelo de atención semi-formal implica prestaciones monetarias públicas que permiten la contratación de un familiar o alguien externo para el cuidado de la persona dependiente; pero no desarrolla servicios de atención. El intercambio económico puede traer consigo un contrato laboral, que permite reconocer el cuidado como un trabajo, pero no posee los mismos derechos laborales que tienen otros empleos formales y, además, el salario suele ser inferior al mínimo establecido y no proporciona todos los beneficios de la Seguridad Social. Este modelo permite reducir la carga familiar al repartir las responsabilidades o ver reconocido económicamente el trabajo de cuidado, pero sigue basándose en el papel central de la familia (mujeres), y se desarrolla, por lo tanto, como un sistema asistencial.

En el segundo modelo, el de la atención formal se externalizan los servicios de cuidado a través de un contrato con una institución pública. Este modelo apunta hacia la desfamiliarización (Martínez, 2008), pues el cuidado es un derecho que cubre el Estado y cuidar es un trabajo formal regulado que conforma dos tipos de contrato con las autoridades públicas: el de la persona que va a ser cuidada y el de la persona que va a cuidar. La persona cuidadora puede ser un familiar o no, y sus condiciones laborales se ajustan a las de otros empleos, tanto en prestaciones de la Seguridad Social como en el salario. A su vez, se desarrollan servicios de cuidado más allá de la atención domiciliaria como son las residencias

de mayores, los centros de día, centros especializados, centros educativos o unidades hospitalarias concretas, entre otros. Este modelo puede basarse en un sistema universal donde el Estado cubre las demandas de atención de cuidados como lo hace con la educación o la sanidad, como se ha desarrollado en los países nórdicos; o si se basa en las prestaciones de la seguridad social, el sistema depende de las cotizaciones realizadas durante la vida laboral, como se aprecia en los países continentales europeos (Pfau-Effinger, 2014; Artiaga, 2015).

A diferencia del modelo tradicional de cuidados, el semi-formal y el formal suponen el reconocimiento de los cuidados como un trabajo y ser cuidado como un derecho, y tienden a facilitar la inserción laboral femenina. Por un lado, las mujeres pueden formalizar el trabajo de cuidados que realizan al regularizarse este trabajo, tanto a través de la contratación de sus servicios en centros especializados como en los hogares. Por otro lado, al externalizar el cuidado en dichos servicios, las mujeres pueden acceder al mercado laboral sin tener las responsabilidades completas del cuidado de la población dependiente. Sin embargo, dentro del modelo formal la cobertura universal es menos extendida y, los sistemas de cuidados estudiados contemplan en su legislación el desarrollo de servicios externos especializados pero priorizan las prestaciones económicas para el cuidado, ya sea para la contratación de un servicio o de personal cuidador; pues esta fórmula supone un menor coste para las arcas públicas.

De este modo, la provisión de servicios se integra en una lógica mercantil o lucrativa que convierte a la población dependiente en clientes. Al no ser el Estado quien desarrolla los servicios y no cubrir todas las necesidades con las prestaciones económicas, el acceso a los servicios depende del nivel de renta y los avances en la desfamiliarización de los cuidados son escasos.

3. Los sistemas de cuidados en Costa Rica, España, Portugal y Uruguay

A continuación abordamos los modelos legislativos aprobados e implementados en Costa Rica, España, Portugal y Uruguay, a partir de su desarrollo y los debates y críticas que han suscitado. Los cuatro sistemas son una combinación de los modelos semi-familiar y formal, y se caracterizan por la regulación del trabajo de cuidados, las prestaciones monetarias públicas y el desarrollo de servicios de cuidados. Además, en los cuatro países se articula como una política pública universal de la que se derivan sistemas o redes de atención que buscan cubrir las necesidades de cuidado y de desarrollo de la autonomía de la población objeto.

Servicios y prestaciones a la población beneficiaria

En cuanto a las similitudes encontramos que se han desarrollado servicios en los cuatro sistemas de cuidado tanto de centros especializados según el tipo de dependencia o la edad como de personal cualificado para asistencia domiciliaria. A su vez, en los cuatro sistemas se

conceden prestaciones monetarias, ahora bien, las diferencias más notables de servicios y prestaciones tienen que ver con la edad de la población dependiente, pues como se ha señalado dos de ellos integran a la primera infancia. Para las personas mayores de 65 años o con falta de autonomía se han creado centros de día o residencias con gestión mixta, pública y privada, y las prestaciones económicas permiten además contratar personal, externo o familiar, ante la carencia de plazas en los centros. Para la infancia, especialmente de cero a tres años que no entran en la educación reglada, las prestaciones económicas se han destinado a la creación de centros de desarrollo infantil comunitarios o guarderías públicas; por lo tanto, no están pensadas para el cuidado domiciliario individualizado.

La principal diferencia entre estos sistemas se encuentra en el alcance de las prestaciones al delimitar la población dependiente que es objeto de las mismas. Por ejemplo, la población mayor de 65 años que no puede valerse por sí misma, por diferentes motivos derivados de la edad o enfermedades, está presente en los cuatro sistemas. Pero más allá de esta población se aprecian las diferencias: España, Portugal y Uruguay amplían la situación de dependencia a aquellas personas que necesitan de otra para sus actividades diarias a causa de enfermedades que generan falta de autonomía física, psíquica o intelectual, sin que tengan que derivarse de la edad. A su vez, Costa Rica y Uruguay incluyen en sus sistemas a la población menor de siete y doce años respectivamente con redes de cuidado y desarrollo infantil, haciendo especial hincapié en las edades comprendidas entre los cero y tres años.

Como hemos comentado, la ausencia de consideración de la población infantil en los casos europeos analizados se relaciona con el envejecimiento poblacional en estos países y la puesta en marcha de políticas de conciliación entre trabajo y vida familiar que se basan en la maternidad, la lactancia o el parto (Huertas et al., 2016).

España y Portugal ante las dependencias

Los sistemas español y portugués se centran en la población dependiente cuya situación es permanente, derivada de la edad o enfermedades. Con la Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia**, la legislación española reconoce el derecho al cuidado. Los servicios ofertados se centran en el desarrollo de la autonomía personal, incluyendo la ayuda a domicilio y la teleasistencia, a la vez que se amplía la oferta de centros diurnos y nocturnos especializados en las necesidades de esta población, conformando el Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD). Se trata de una política guiada por los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, aunque la financiación es cruzada con una dotación de presupuesto estatal, de las Comunidades Autónomas y con la aportación de las familias de las personas dependientes. En consecuencia, los servicios ofertados no son gratuitos y para acceder a ellos, es necesaria una evaluación de las características

socioeconómicas de las familias beneficiarias y, según su situación económica, se financia parte de los servicios que se presten a la persona dependiente⁶.

Igualmente, las prestaciones monetarias se otorgan según la situación socioeconómica de la familia de la persona dependiente, sirviendo exclusivamente para la contratación de un servicio, ya sea una plaza en un centro privado o cuidados a domicilio. Estas prestaciones posibilitan la contratación de cuidados no profesionales, como los realizados por las mujeres de la familia, y sólo se conceden en caso de no poder acceder a un servicio público o concertado. La institucionalización de estas prestaciones y de los servicios está descentralizada, de modo que los municipios, los centros públicos o concertados y las empresas son responsables de la ejecución (Ibíd.).

En el caso de Portugal, tras la puesta en marcha de diversas políticas desde 1994 para hacer frente a la demanda de cuidados de las personas mayores, en 2006 se reconoce el derecho al cuidado con la aprobación del Decreto-Lei 101/2006 que crea la **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI). Los servicios desarrollados son de dos tipos: aquellos centrados en la enfermedad en sí, vinculados a unidades hospitalarias o centros especializados, y aquellos orientados al apoyo en las actividades cotidianas, en las necesidades básicas y en la educación en salud a familiares y demás personal de cuidados, a través de planes individualizados que corresponsabilizan a la familia. Su institucionalización es semejante a la española, con la coordinación de servicios a nivel nacional, la gestión y el planeamiento de responsabilidad regional y el acompañamiento desarrollado al nivel local por las *freguesías*.

La RNCCI tiene una respuesta diversificada con servicios y prestaciones monetarias. En el caso de los servicios, el personal contratado tiene que estar cualificado según el puesto a ocupar, lo que impide la contratación dentro de los mismos de personas dedicadas al cuidado en el hogar. La regulación del trabajo de cuidados viene dada a través de las ayudas a domicilio donde es posible contratar cuidados no cualificados (2013). En este caso, el acceso a los servicios y las prestaciones monetarias depende del nivel de renta y del patrimonio de la familia demandante de cuidados.

El cuidado ampliado en Costa Rica y Uruguay

Costa Rica y Uruguay ponen en marcha diversas estrategias para la población dependiente por enfermedad o edad que engloban centros diurnos, programas de asistencia personal y subsidios monetarios para cuidados domiciliarios. Su objetivo es reducir las cargas familiares y garantizar una vejez con dignidad. En el caso costarricense, a través de la **Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores** de 2012 se prioriza a

⁶Las especificidades de cada Comunidad Autónoma dentro del Estado español y las diferencias en el presupuesto destinado a la dependencia no permiten ahondar en la implementación de esta política pública.

las personas mayores de 65 años en situación de pobreza, dependencia y/o riesgo social; y el **Sistema Nacional Integrado de Cuidados** uruguayo se centra en las personas dependientes que no puedan valerse por sí mismas.

Como ya hemos destacado las mayores diferencias en estos sistemas están en las acciones centradas en la infancia. Costa Rica aprueba en 2014 la **Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil** creando un sistema de centros de atención al desarrollo y la nutrición infantil para menores entre 0 y 7 años. El sistema es de carácter público y coordinado por el Instituto Mixto de Ayuda Social. Ahora bien, los centros de atención pueden ser públicos, privados o mixtos, y pueden organizarse de forma comunitaria, regulando el trabajo que hacían redes de solidaridad más amplias que la familia; ofrece tres modalidades de cuidado: Hogares Comunitarios, Centros de Atención Integral y Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (Guzmán, 2014). El acceso a los mismos se organiza en base a plazas públicas o subsidios para centros concertados o privados que son otorgadas a mujeres que trabajan en el mercado laboral formal y poseen pocos recursos económicos (Jiménez-Fontana, 2016).

En el caso uruguayo, dentro del **Sistema Nacional Integrado de Cuidados** se considera a la población menor de 12 años objeto de esta política, ampliándose los lugares para atender sus necesidades de desarrollo, especialmente a menores entre 0 y 3 años. Se garantiza su acceso a casas comunitarias de cuidado y a guarderías y centros pertenecientes al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), otorgando ayudas parciales o totales a aquellas familias que no puedan costear el servicio o residan en territorios con insuficientes servicios públicos de cuidado (Becas de Inclusión Socioeducativa). La oferta de centros, públicos y privados, para mayores de 3 años es mucho mayor a que la existente para menores a los que se atiende en los Centros de Atención en Infancia y la Familia (CAIF) gestionados por entes privados pero financiados y supervisados por el INAU. Se trata de cubrir la demanda de los estratos poblacionales con menores ingresos, de forma que para el resto de la población este servicio es privado (Vera et al., 2016)⁷.

En Costa Rica y Uruguay el acceso a centros infantiles se articula en base a las características socioeconómicas, priorizando las familias de bajos recursos y las mujeres trabajadoras y/o jefas de hogar, como parte de las políticas anti-pobreza. Estas acciones se centran en ayudas a mujeres que están trabajando formalmente, lo que perpetúa la dificultad de que aquellas que no están formalmente empleadas, debido a sus responsabilidades familiares, accedan a un trabajo formal (Aguirre et al., 2014; Jiménez-Fontana, 2016).

⁷ En España y Portugal la posibilidad de acceso a escuelas infantiles públicas también se relaciona con la renta de las unidades familiares, siendo un servicio mayormente privado dependiente de las Comunidades Autónomas o Regionales, y de los entes locales. Ahora bien, están fuera de las políticas de cuidado. Sin embargo, la gestión de algunos Ayuntamientos grandes en España apunta hacia el desarrollo de una *cidadanía* que incluya de forma preferencial a la población 0 a 3 años.

Mientras, en España y Portugal, las prestaciones económicas para población adulta o con dependencia permanente se otorgan en base a la renta de las familias, aumentando las ayudas cuanto más baja sea la renta familiar. En ambos casos, las prestaciones económicas son lo más demandado, lo que se corresponde con su tipología de “países basados en la familia” y la preferencia de los pacientes de ser cuidados por un familiar en el hogar (Lopes y Mourão, 2015; Artiga, 2015). A pesar de establecerse en la ley las prestaciones monetarias como una excepción, esta concesión permite reducir la inversión en el desarrollo de servicios especializados, que suponen mayores costes. Este rasgo se ha exacerbado durante la crisis económica y el recorte presupuestario destinado a la dependencia por imperativo de la UE⁸.

Órganos y actores que participan en los sistemas de cuidados

El Sistema Nacional Integrado de Cuidado uruguayo está organizado en la Junta Nacional de Cuidados, donde hay representante de ministerios así como del Banco de Previsión Social, el INMujeres o el INAU, y en la Secretaría Nacional de cuidados. En ésta última participan comisiones interdisciplinarias y delegados de organizaciones civiles vinculadas a cuidados, a la academia, a sindicatos y a entidades privadas que prestan servicios de cuidados.

Dependiente del IMSERSO el SAAD español está vinculado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se organiza por niveles territoriales a través de órganos de cooperación; a su vez, tiene órganos consultivos en los que participan representantes de las Administraciones públicas, de organizaciones empresariales y sindicales. Igualmente, el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social forman parte del éste órgano asesorando en el diseño y ejecución de las políticas de atención.

La REDCUDI de Costa Rica depende de la Presidencia de la República, asesorada por el Ministerio de Bienestar Social y Familia y un Consejo Consultivo; su implementación depende el Ministerio a través de la Secretaría Técnica y la Comisión Técnica Interinstitucional. Dentro de la Comisión participan las instituciones gubernamentales responsables de la educación y la niñez o de la financiación junto a organizaciones no gubernamentales así como internacionales (BID, OIT y UNICEF) Todos estos actores organizan la red, coordinando los servicios existentes, ampliando la oferta y proporcionando los subsidios a las familias con menores recursos. Para ello se coordinan con los diferentes Municipios, los cuales aportan a la red a través de servicios o dinero.

La RNCCI portuguesa se limita a coordinar los servicios hospitalarios y la asistencia domiciliaria por cuestiones de salud; es por ello que depende de una Coordinación Nacional que se divide en una Comisión de coordinación, que la conforman seis personas, y un equipo

⁸ Portugal: Lopes B., 2014. España: BOE <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

de apoyo técnico de 18 personas, donde la mayoría tiene formación en salud. En la actualidad, todo este equipo se encuentra modificando las prestaciones de servicios para ampliar la atención a la población en edad pediátrica, así como a quienes tiene enfermedades mentales.

Estructuras poblacionales y mercantilización de los cuidados

La prioridad de la población objeto de los sistemas de cuidados, incluyendo a la infancia en los casos latinoamericanos, se establece entonces según las diferencias etarias en la estructura de la población. Ninguno de los cuatro sistemas es universal, a pesar de sus denominaciones, y son estas características sociodemográficas las que inciden en el desarrollo y cobertura de los sistemas de cuidados, más allá del género. Al respecto, de los cuatro países estudiados sólo España es un país mediano con 46.468.102 personas; siendo en Portugal la población de 10.341.330; en Costa Rica de 4.918.000 y en Uruguay de 3.480.221 de personas⁹.

Por otro lado, la población uruguaya se caracteriza por una tasa de migración negativa y un envejecimiento creciente, que se sitúa actualmente en el 68,3%, lo que supondrá el progresivo incremento de la demanda de cuidados. Portugal y España ya se enfrentan a esta demanda con un envejecimiento de 146% y 116% respectivamente, y que va en aumento por la baja natalidad y una tasa migratoria negativa en los últimos años. La prospectiva poblacional para Costa Rica, cuyo envejecimiento todavía es moderado con un índice del 32% y un saldo migratorio positivo, es alcanzar a Uruguay a medio plazo.

De hecho, aunque los cuatro sistemas aspiran a una oferta universal finalmente vinculan los servicios y las prestaciones a la renta de las familias, priorizando a la población que recibe prestaciones en función de su estructura demográfica y socioeconómica. Por un lado, condicionan las prestaciones recibidas o se articulan para una población de bajos recursos, como sucede con los centros infantiles; y, por otro lado, al no ser los servicios gratuitos y fomentarse los concertados, el acceso a los mismos depende de la renta. Esta *mercantilización de los cuidados* se explica por una legislación basada en la creación de empleo, la ampliación de la protección social o la profesionalización frente al familiarismo (Artiga, 2015).

Nos interesa destacar que los sistemas de cuidado se organizan en base a una demanda de cuidados mayoritariamente de personas mayores dependientes, dejando de lado las necesidades de quienes cuidan. Este hecho, unido a la infravaloración social que tienen los

⁹ Datos obtenidos para España del INE: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1489> Para el caso de Portugal del INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&seTab=tab2 Para Costa Rica de CEPALSTAT: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CRI&idioma=spanish Para Uruguay de CEPALSTAT: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=URY&idioma=spanish

cuidados y su vinculación con las mujeres ha supuesto el reconocimiento de menos derechos laborales en el trabajo de cuidados no especializado. Cuando los cuidados no se organizan como una responsabilidad colectiva y no se reconoce el derecho al cuidado de forma universal, los sistemas analizados perpetúan el nexo cuidados-desigualdad-exclusión (Orozco y Gil, 2011).

A pesar de ello, los cuatro sistemas reconocen el derecho a recibir cuidados, al desarrollar servicios y prestaciones, y también el cuidado como un trabajo, con sus respectivas regulaciones laborales. Todo ello permite en cierto modo reducir las cargas familiares y debiera facilitar el acceso de las mujeres al mercado laboral, especialmente de aquellas pertenecientes a estratos más bajos, ocupando puestos no cualificados de cuidado; o bien, que ellas puedan delegar parte del cuidado en terceras personas y tener acceso a trabajos remunerados formales. Sin embargo, en los casos portugués y español la contratación de personal dentro de los centros o la red de cuidado se limita a personal cualificado, lo que supone que las mujeres dedicadas al cuidado informal acceden a un contrato laboral dentro del cuidado domiciliario cuya regulación concede menos beneficios.

4. Género y cuidados: una tarea pendiente

La que se ha denominado *profesionalización de los cuidados* perpetúa la infravaloración del trabajo domiciliario que realizan tradicionalmente las mujeres e impide avanzar en la corresponsabilidad y la desfamiliarización de los cuidados.

Aunque los cuidados se conciben bajo la premisa de que no pueden abolirse, socializarse o mercantilizarse completamente, las políticas públicas a través de la ampliación de servicios de cuidado pretenden redistribuir esta labor entre los miembros del hogar y la esfera pública. De hecho las demandas feministas de visibilización de los cuidados ha permitido que el Estado genere políticas públicas para reducir las cargas de las tareas realizadas al interior del hogar, lo que ha supuesto el reconocimiento de las actividades de cuidado como trabajo y, por lo tanto, su remuneración (Esquivel, 2015). Ahora bien, es necesario conocer el impacto que dichas políticas tienen sobre las desigualdades de género.

El PNUD plantea cuatro categorías que nos sirven para caracterizar los sistemas de cuidados analizados (García, 2008): insensibles al género, que refuerzan las desigualdades de género; como neutras, que tratan por igual a mujeres y hombres sin modificar las relaciones de género; sensible al género, que dan respuestas diferenciadas según el género, pudiendo reforzar los roles tradicionales; y, género transformativas, con estrategias que buscan incidir en las desigualdades a través del empoderamiento, la equidad y la modificación de aquellos patrones de conducta que limitan el ejercicio de los derechos de las mujeres .

Los sistemas de cuidados de los cuatro países se han legislado bajo la universalidad del acceso a la atención de la población dependiente, pues comparten su articulación en torno a la demanda de cuidados de una población cada vez más envejecida y se han planteado como una estrategia de inserción laboral femenina. Ahora bien, los servicios y prestaciones desarrollados para cubrir las necesidades de atención de la población mayor de 65 años, reconocen su derecho a recibir cuidados bajo una lógica mercantil que crea jerarquías en el acceso al derecho. Ya hemos señalado que ello incumple el mandato de universalidad.

En segundo lugar, en relación a la estrategia de inserción laboral femenina, a pesar del reconocimiento explícito a las tareas de cuidados que realizan las familias en el hogar, la intención de generar empleo se ha basado en la premisa de la inactividad, entendiendo esta como no trabajar, ni estar buscando empleo. Ello supone la no consideración del trabajo realizado mayoritariamente por mujeres, responsables de los cuidados familiares o subcontratadas para ello, que figuran como inactivas al no estar inmersas en contratos laborales formales, desconsiderando la intensidad que conlleva y, en muchas ocasiones, la imposibilidad de conciliación con otro empleo (Artiaga, 2015; Rai y Waylen, 2008)¹⁰.

Debemos subrayar que los dos sistemas latinoamericanos analizados amplían a la población infantil el derecho a recibir cuidados a través de centros de desarrollo y nutrición infantil, a pesar de que no cubren la demanda de cuidados, especialmente en menores de tres años, y se orientan a mujeres con bajos ingresos que se encuentran empleadas formalmente (Vega y Gutiérrez, 2014). En este sentido, se consideran medidas insensibles al género, pues al no otorgar ayudas a las mujeres que no están trabajando formalmente debido a las cargas familiares se reproduce su exclusión, al impedirles entrar al mercado laboral. Asimismo, al ser ellas las beneficiarias de estas ayudas se está perpetuando la responsabilidad del cuidado en las mujeres.

En este sentido los sistemas de cuidados, incluyendo las políticas centradas en la conciliación entre trabajo remunerado y trabajo en el hogar, comparten su articulación sobre bases familistas y maternalistas (Vera et al., 2016). El énfasis en la inserción laboral femenina ha supuesto políticas centradas en aspectos como la maternidad, el parto y la lactancia, que excluyen otras situaciones de cuidados como las enfermedades de familiares que se organizan en base a una lógica mercantil de acceso por niveles de renta. Además de limitar las responsabilidades de los hombres en los cuidados, es decir, lo poco que se ha avanzado en cuanto a corresponsabilidad, es importante considerar otros arreglos familiares que no son propios de la pareja heterosexual nuclear.

¹⁰ Se mantiene la invisibilidad del trabajo en el hogar desde principios del siglo XX cuando se dejó de denominar a las mujeres que realizaban las tareas del hogar como “trabajadoras domésticas” para pasar a considerarlas “inactivas” (Carrasco et al., 2011)

Por otro lado, la mercantilización de los cuidados reproduce dos desigualdades sociales específicas. En primer lugar, mantiene el menor valor social asignado a las tareas reproductivas dado el menor reconocimiento económico del trabajo doméstico y de cuidados en relación a otro tipo de empleos, con salarios más bajos y limitadas prestaciones de la Seguridad Social (Huertas et al., 2016). Además, la posibilidad de pagar por los cuidados en los sistemas donde no es un derecho universal facilita que las clases medias y altas contraten a mujeres de hogares con pocos ingresos para encargarse de los cuidados, lo que reproduce la pobreza y limita el acceso de las mujeres empobrecidas a servicios de cuidados para sus dependientes. En ambos casos se reducen las oportunidades de las mujeres, teniendo en cuenta los ejes de discriminación por edades, clase social, procedencia o nacionalidad, así como pertenencia étnica. En este sentido, la interseccionalidad que revelan los estudios sobre cadenas de cuidado global es un aspecto fundamental para seguir considerando las políticas de cuidado como sensibles al género pero con escasa potencialidad transformadora.

Tanto las políticas centradas en la vejez como en la infancia se basan en el derecho de estas poblaciones a recibir cuidados en los ámbitos de la salud y la educación, pero no se plantean como instrumentos para liberar de cargas familiares a las mujeres y resignificar la división de tareas al interior de los hogares. Las potencialidades de cambio social ligados a un enfoque de género feminista han sido abandonadas en el camino de la elaboración y puesta en marcha de estas políticas públicas en los casos analizados.

Como las políticas de cuidado no tienen en cuenta los derechos de las personas que cuidan no se modifica el modelo familista dominante en el que las mujeres somos las principales responsables del trabajo reproductivo. De esta forma, los sistemas de cuidado perpetúan la división sexual del trabajo clásica centrada en los pares cuidadora/proveedor para las mujeres y los hombres respectivamente, que mantienen los estereotipos de género al considerar el cuidado un trabajo cargado de sentimientos y emociones, que se vinculan a la identidad femenina y a la maternidad (Carrasco et al., 2011).

Igualmente, la persistente familiarización de los cuidados y su enfoque hacia la equidad socioeconómica más que de género, se aprecia en la comparativa de los países estudiados. Las medidas adoptadas ayudan a conciliar la vida laboral y familiar pero no integran la perspectiva de género ni incluyen a los hombres en la corresponsabilidad de los cuidados. La persistente subvaloración de los cuidados y el menor reconocimiento de derechos laborales como sucede también en el trabajo doméstico, en general, junto a la mercantilización y profesionalización del cuidado, limita al ámbito domiciliario las labores de las mujeres que no poseen formación específica.

En este sentido, para producir cambios sociales que permitan caminar hacia la igualdad de género es fundamental modificar las prestaciones de cuidado considerando estos aspectos,

sobre todo en un marco de mantenimiento de la tendencia al envejecimiento poblacional¹¹, por el incremento de la esperanza de vida y la baja natalidad. La proyección es que la demanda de cuidados seguirá aumentando y en el estado en que nos encontramos seguirán aumentando las cargas familiares de las mujeres (Durán, 2011).

La necesidad de políticas públicas desmercantilizadoras que hagan posible el acceso al cuidado de toda la población dependiente y el reconocimiento del trabajo de cuidados en igualdad de condiciones al resto de empleos son imperativos para alcanzar una sociedad realmente inclusiva e igualitaria. La resignificación de los cuidados y su desvinculación con la extensión naturalista de la maternidad, así como el cuestionamiento del individualismo derivado del modelo familiar heterosexual, son parte de la legítima aspiración a una corresponsabilidad efectiva entre familia, Estado y sociedad.

Cuidarnos bien y que las personas que cuidan tengan derechos pasa por favorecer el ejercicio de los derechos sociales, económicos y políticos de las mujeres, incluyendo también a los hombres en los trabajos de cuidados. Esta visión que apela a la responsabilidad colectiva permitiría desarrollar el “cuidado social” como un pilar del Estado de Bienestar, en momentos de fuerte cuestionamiento a sus pilares. La universalización de los cuidados cotidianos debe ser parte de los derechos y deberes de la ciudadanía, como lo eran hasta hace poco la sanidad, la educación o la seguridad social. Se torna fundamental **avanzar en la Ciudadanía**, considerar la vida y las necesidades humanas como eje central de la organización socioeconómica.

5. Bibliografía

- Aguirre, R.; Batthyány, K.; Genta, N. y Perrotta, V. (2014) Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*. Num. 50, Quito, septiembre, pp. 43-60. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.
- Artiaga, A. (2015) Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y experiencias de organización social de los cuidados. Tesis doctoral; Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Departamento de Sociología I (Cambio Social) Directores: Amparo Serrano Pascual y Carlos Prieto Rodríguez.

¹¹ INE España: <http://www.ine.es/prensa/np870>

Eurostat Portugal:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Uruguay: <http://www.populationpyramid.net/es/uruguay/2020/>

Costa Rica: <http://www.populationpyramid.net/es/costa-rica/2020/>

- Cabezas, A. y Berná, D. (2013) Cuerpos, espacios y violencias. La construcción de “lo femenino” en los regímenes biopolíticos. *Revista Políticas y Sociedad*, Vol 50, No 3. Madrid.
- Carrasco, C.; Borderías, C. y Torns, T. (Ed.) (2011) El trabajo de cuidados. Historia, política y teoría. Ed. Los libros de la Catarata; colección economía crítica y ecologismo social. Madrid
- Coelho, L. (2011) Mulheres e Desigualdades em Portugal: conquistas, obstáculos, contradições e ameaças. Centro de Estudos Sociais, CES, Coimbra, Portugal. Comunicação apresentada no Seminário Igualdade de Género.
- Dalla, M. (2006) De las lucha por la renta a la salvaguarda de la vida. En Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista: producción, reproducción, deseo, consumo. Coordinan Matxalen Legarreta Iza, Débora Ávila Cantos y Amaia Pérez Orozco, Ed. Tierradenadie, España. pp. 59-78
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2000), The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *British Journal of Sociology* 51/2, 281-298. Durán, M. A. (2002) La contabilidad del tiempo. *Praxis Sociológica*, N° 6, pags. 41-62.
- Durán, M. A. Dir. (2011): El trabajo del cuidado en América Latina y España. Ed. Fundación Carolina, Documento de trabajo N° 54.
- Durán, M. A. (2016) El futuro del cuidado: El envejecimiento de la población y sus consecuencias. *Revista de pensamiento contemporáneo*, N° 50, págs. 114-127.
- Esquivel, V. (2012) “Cuidado, economía y agendas políticas: una mirada conceptual sobre la “organización social del cuidado” en América Latina”, en Valeria Esquivel Ed.: *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*, ONU Mujeres, 141-189.
- Esquivel, V. (2015) El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad* N° 256, marzo-abril.
- Faur, Eleonor (2011a), A Widening Gap? The Political and Social Organization of Childcare in Argentina, *Development & Change*, 3/ 42.
- García, E. (2008): Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿de qué estamos hablando?: marco conceptual. Para el Área de Género del Centro Regional del PNUD para América Latina y el Caribe.
- Guzmán León, Juany (Coord.) (2014) Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica. El proceso de construcción 2010-2014. Ed. CEPAL, Santiago de Chile.
- Huertas B., T.; Cabezas G., A.; Torrents M., J. y Fernández A., E. (2016) La equidad de género en las legislaciones de Seguridad Social Iberoamericanas. Ed. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Madrid, España.
- Jiménez-Fontana, P. (2016) Retos para materializar el dividendo de género. Perfiles de uso de tiempo en Costa Rica. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*. Vol. 13, N° 2, artículo 4, enero-junio.

- Junco, C.; Pérez Orozco, A.; del Río, S. (2004) Hacia un derecho universal de la ciudadanía (Si, de ciudadanía). CGT, Comisión Confederal contra la Precariedad.
- León, M. (2008) Después del ‘desarrollo’: ‘el buen vivir’ y las perspectivas feministas para otro modelo en América Latina. *Revista Umbrales*, N° 18, pp. 35-44.
- León, M. (2009) Cambiar la economía para cambiar la vida. Desafíos de una economía para la vida. Publicado en *El buen vivir*, Alberto Acosta y Esperanza Martínez (comp.), Ed. Abya-Yala. Quito.
- Lopes B., M. (2014) Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katál*, Florianópolis, vol. 17, n° 2, p. 261-271, jul./dez.
- Lopes da Costa, J. y Mourão, V. (2015) A perspectiva do risco na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal: uma reflexão de peritos e decisores em saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, vol. 24, n° 2, pp. 501-514.
- Martínez, J. (2008) Seguridad Social y equidad de género en Costa Rica. FLACSO. Costa Rica.
- Miranda, M^a. J. (2006) El paso de la sociedad fábrica a la Metrópoli. En Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista: producción, reproducción, deseo, consumo. Coordinan Matxalen Legarreta Iza, Débora Avila Cantos y Amaia Pérez Orozco. Ed. Tierradenadie, España. pp. 47-58.
- Orozco, A. P. (2006) Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, n° 5. Marzo, pp. 7-37.
- Orozco, A. P. y Gil, S. I. (2011) Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas. Ed. ONU Mujeres, Madrid.
- Pereira, Maria Cristina dos Santos (2014) Mulheres, trabalho e cuidado: a construção da igualdade na intersecção dos mundos privado e público na UE. Tese de doutoramento. Coimbra, Portugal.
- Pfau-Effinger, B. (2014) New policies for caring family members in European welfare states. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 32, núm.1, pp. 33-48.
- Quiroga, N. (2011) Economía del cuidado. Reflexiones para un feminismo decolonial. *Revista Casa de la Mujer*, N°20 (2), pp. 97-116, julio-diciembre.
- Rai, S. M. and Waylen, G. (Eds.) (2008) Global Governance. Feminist Perspective. Editorial Palgrave Macmillan, New York.
- Valcárcel, A. (1991) Sexo y filosofía. Sobre "mujer" y "poder". Ed. Anthropos. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Vega, C. y Gutiérrez, E. (2014) Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos Presentación del Dossier. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. N° 50, Quito, septiembre 2014, pp. 9-26. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.

- Vera, W.; Montes, C. y de la Barra, C. (2016) Los cuidados en infancia: Regímenes y arreglos familiares en Chile y Uruguay. Revista Psicoperspectivas. Individuo y sociedad. Vol. 15, Nº 3, p. 34-45.
- Waylen, G.; Celis, K.; Kantola, J. and Weldon, S. L. (Eds.) (2013) The Oxford Handbook of gender and politics. Ed. Oxford University Press, New York.
- (2013) CCI – Cuidados Continuados Integrados - Saúde e Apoio Social. Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Relatório Final. Março de 2013.
- (2015) Cuidados continuados. Saúde e Apoio Social. Plano de desenvolvimento da RNCCI. 2016-2019. Ministério Trabalho, solidariedade e segurança social e Ministério de saúde; República Portuguesa.
- (2016) Avance de la evaluación 2015 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- (2017) Sistema de Cuidados. Informa anual 2016. Ed. Junata Nacional de Cuidados. Uruguay.