

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

EL DERECHO HUMANO AL CUIDADO

T E S I S

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

M en SP GABRIELA RÍOS CÁZARES

Director

D en C. SERGIO LÓPEZ MORENO

Co-Director

D en C. JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Ciudad de México a 21 de enero de 2020

El Derecho Humano al Cuidado

DEDICATORIA

A mis hijos, por ser mi sentido de vida más importante, por volar cada vez más alto y saber que en mí siempre hallarán un espacio al cual llegar para volver a volar

A mi Ita y a mi Ito, por cuidarme..., por ser la mirada que sostiene...

A mis hermanas, a mis hermanas, a mis hermanas...sin ellas, no...

A mis padres, por querer siempre lo mejor para nosotras

A mis viejos, por enseñarme que la vida tiene sentido cada instante

A mi familia, hecha de lazos sanguíneos y de lazos de afecto que la vida nos ha dado la oportunidad de tejer acompañándonos, cuidándonos...Vértiz, Rebe, Odeth, Ale, Marco, los Huaxotlos, Aida, lasallos...y, afortunadamente, muchos más...

A Mario, por su incansable disposición a compartir, por el amor que tiene a Mariana

A mi Luna, siempre compañera...

A tí, por los sueños compartidos, donde quiera que estés...

A quienes, conociéndonos o no, hemos hilvanado historias...riendo, cantando, amando, llorando, abrazando, alzando la voz, proponiendo, conociendo, aprendiendo, indignándonos, escuchando, sintiendo...

A quienes seguimos pensando y trabajando por un mundo donde la felicidad es posible y se cuece de a poquito, con detalles, de altas y de bajas, y siempre con ese otro, en un instante o en una vida que siempre, de cualquier forma, se hace de instantes...

AGRADECIMIENTOS

A la vida, si no, ¿cómo?...

A Sergio López Moreno por saber y querer compartir su saber, por su disposición, por permitirme abrir mi horizonte, por enseñarnos sobre la ciencia y sobre la vida, por su amistad...por tus palabras a Camila...

A Ricardo Ayres, por su invaluable generosidad compartiendo su saber, su tiempo, su espacio, su familia, por ser congruente con el *Cuidado*

A Oli López, por confiar y acompañar el proyecto, por ser una convencida que la realidad puede ser más justa

Al grupo de investigadores y docentes del DCSC por imprimir rigor académico y ético, por abrir espacios de diálogo tan necesarios actualmente

A Ricardo Galicia, por su generosidad, por su sonrisa, por su fuerza

A mis compañeros y compañeras del doctorado, por hacer este camino interesante, por enseñarme. A Odeth, Ale, Oli, Jesús, Aza, Adri y Francho, por las risas y angustias compartidas

A Ale Moreno, por acompañar y recibirnos siempre en su casa...

A quienes injustamente no menciono, pero que me han acompañado, que han aportado sentido a mi vida y que hoy, tengo tanto que agradecer y razones para seguir...

A la Salud Colectiva por ser espacio de resistencia, de construcción, de esperanza

RESUMEN

En las últimas décadas el *Cuidado* ha sido problematizado desde diferentes disciplinas y con énfasis distintos como un elemento indispensable de la reproducción social y como un Derecho Humano.

Con base en el marco teórico de la Salud Colectiva, se cuestiona el paradigma de las tradiciones hegemónicas -salud, feminista y ecológica- sobre el *Cuidado* y los cuidados, sus categorías y la primacía del carácter instrumental en sus argumentos dejando fuera la complejidad del *Cuidado* y su contribución a la existencia.

A partir de las preguntas: ¿Qué caracteriza al *Cuidado* y qué lo determina? ¿Existe un contenido del *Cuidado* que pueda ser protegido como bien jurídico por el Derecho Humano al *Cuidado*?, y con un camino metodológico basado en la Hermenéutica de Georges Gadamer y los Sistemas complejos de Rolando García se analizaron artículos de investigación de salud a lo largo de la trayectoria de vida, de políticas públicas de cuidados y de salud, documentos conceptuales, filosóficos y diccionarios sobre *Cuidado* y cuidados.

Como resultado se propone un modelo de sistema complejo del *Cuidado* que permite comprender su estructura compleja, su determinación social, y la diferencia entre *Cuidado* y cuidados. Con esta comprensión, a partir de la Teoría de los Derechos Fundamentales propuesta por Luigi Ferrajoli, se argumenta el *Cuidado* como un Derecho Humano y se establecen las garantías que posibiliten la satisfacción de este Derecho humano para todas las personas.

RESUMO

Nas últimas décadas a questão do *Cuidado* tem sido colocada a partir de diferentes disciplinas e ênfases, como um elemento indispensável da reprodução social e dos direitos humanos.

Com base no marco teórico da Saúde Coletiva, questiona-se o paradigma das tradições hegemônicas - saúde, feminista e ecológica - sob o *Cuidado* e os cuidados, suas categorias e o primado do caráter instrumental em seus argumentos, deixando de fora a complexidade do *Cuidado* e sua contribuição para a existência.

As perguntas orientadoras foram: Como o *Cuidado* pode se caracterizar? Qual é a sua determinação? Existe um conteúdo do *Cuidado* que deve ser considerado um Direito Humano?. O caminho metodológico foi baseado na Hermenêutica de Georges Gadamer e os sistemas complexos de Rolando García. Artigos de pesquisa em saúde ao longo da vida, políticas de saúde e cuidados, documentos conceituais, filosóficos e dicionários sobre *Cuidado* e cuidados foram analisados.

Como resultado, propõe-se um modelo de sistema complexo do *Cuidado* para compreender sua estrutura complexa, sua determinação social e a diferença entre *Cuidado* e cuidados. Com esse entendimento, baseado na Teoria dos Direitos Fundamentais proposta por Luigi Ferrajoli, O Cuidado é argumentado como um Direito Humano e se estabelecem as garantias do Direito Humano ao *Cuidado* para todas as pessoas.

ABSTRACT

In the last decades, *Care* has become more relevant as it has been proposed as a human right and an indispensable component for social reproduction.

Based on the theoretical framework of Collective Health, I question the paradigm of hegemonic traditions about *Care* and actions for care (health, feminist and ecological), their categories and the predominance of an instrumental character. My main argument is that these paradigms overlook the complexity of *Care* and its contribution to existence. From the questions: What characterizes *Care* and what determines it? Is there any content of *Care* that should be protected as a Human Right? And, with a methodological path based on the Hermeneutics (Gadamer, G) and the complex systems (García, R) many research papers of health across lifelong, public health and care policies, conceptual documents, philosophical and dictionaries on *Care* and actions for care, were analyzed.

As a result, a complex care system model is proposed. It allows us to understand the complexity of *Care* structure, its social determination, and the difference between *Care* and actions for care. With this understanding, based on the Theory of Fundamental Rights proposed by Luigi Ferrajoli, *Care* is argued as a Human Right and its guarantees are established.

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES	1
II. MARCO TEÓRICO	4
II.1 El cuidado para la Salud Colectiva	4
II.2 Paradigma y Sistema Complejo	6
II.3 El cuidado desde la ética	9
II. 4 El cuidado desde los Derechos Humanos	12
III. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
V. JUSTIFICACIÓN	20
VI. MÉTODO	20
VII. RESULTADOS	27
VII.1 Comprendiendo el Cuidado y los cuidados	27
1) Tradiciones identificadas acerca del Cuidado y los cuidados	28
2) Dimensiones del Cuidado	31
3) Diferencia entre Cuidado y cuidados	34
4) Caracterización del Cuidado como sistema complejo	35
5) Elementos que constituyen el sistema complejo del Cuidado.	38
6) Implicaciones del sistema complejo del Cuidado para la comprensión de la situación actual de los cuidados en Iberoamérica	63
VII. 2 Derecho Humano al Cuidado	68
1) El Cuidado, un Derecho Fundamental	68
2) Bien Jurídico del Derecho Humano al Cuidado	70
3) Garantías del Derecho Humano al Cuidado	73
VIII. ENCUENTRO DE HORIZONTES	81
IX. CONCLUSIONES	93
X. LIMITACIONES	96
REFERENCIAS	
ANEXOS	
A. Definiciones de cuidados	
B. Relación de documentos y fuentes analizados	

I. ANTECEDENTES

El cuidado ha existido siempre. Desde tiempos remotos existen registros, tanto arqueológicos como documentales, sobre múltiples formas de cuidado. No es aventurado afirmar que, como otros animales superiores, los seres humanos somos animales que cuidan (Siles y Solano, 2012; Echeverri, 2003). Desde la antigüedad el cuidado ha sido interés de la filosofía, la medicina y la política, pero su importancia como fenómeno social es relativamente reciente. A lo largo del siglo XX se introdujo paulatinamente en el campo de la medicina y hoy es el objeto fundamental de la enfermería (Echeverri, 2001; Cutcliffe, McKenna y Hyrkäs, 2011). Actualmente, el cuidado se considera un asunto social, pues en algunos casos es una cuestión de vida o muerte para quien lo requiere y una grave carga para quien lo proporciona. En el caso específico del cuidado médico, hace décadas que el cuidado se considera un problema de salud pública.

A pesar de lo anterior, y de la aceptación casi unánime de la importancia de cuidar, todavía carecemos de una definición precisa de lo que significa este término (Carrasco, Borderías, Torns, (eds.), 2011). Como consecuencia —en la misma medida en que sin un concepto más o menos preciso de lo que es cuidar es difícil proponer, observar y evaluar las acciones de cuidado— existen pocos datos sobre la situación actual del cuidado en la mayoría de los países, y lo poco que existe proviene sobre todo del campo médico, la educación y la economía del cuidado.

Recientemente el cuidado ha cobrado relevancia a partir de la conjunción de varios fenómenos: i) el aumento absoluto y relativo de la población tradicionalmente considerada como receptora de cuidados (niños, ancianos y enfermos); ii) de la distribución inequitativa de la responsabilidad de cuidar (Addati et al., 2018; Eternod, 2018; INMujeres, 2015; ONU Mujeres, 2017; Pérez-Fragoso, 2009); iii) de la escasez de recursos necesarios para su provisión, y iv) del creciente incremento de su costo.

Una forma de medir los cuidados es dar un valor en función de medidas económicas. En América Latina, los quehaceres domésticos y los cuidados no remunerados representan entre el 15.2 y el 24.2% del producto interno bruto (PIB) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]). En México, en 2016, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados (TDCNR) fue equivalente al 23.1% del producto interno bruto nacional (PIB) (4.6 billones de pesos) del cual, 75.3% fue generado por las mujeres. Los cuidados no remunerados en salud equivalieron al 1.5% del PIB nacional donde la mayor aportación también fue de las mujeres al dedicar 69 de cada 100 horas dedicadas al cuidado de la salud (Universidad Nacional Autónoma de México, 2017). En la Ciudad de México, 75% es provisto por las mujeres sobre todo en el caso de las familias del primer quintil (Fragoso, 2016). Existe una participación muy importante de mujeres mayores de 60 años muchas de las cuales, más que prestar, deberían recibir cuidados dadas sus condiciones de salud (Arroyo, MC. Riberiro, Mancinas, 2011). La alta demanda de TDCNR hacia las mujeres dificulta que puedan ejercer otros derechos como la educación o el trabajo, además de afectar la salud física y mental. (Batthyány, 2015; Ethernod y Jácome, 2018; Nieves y Robles, 2016; Pacheco, 2018) Esta situación es más crítica en las mujeres de medios socioeconómicos bajos (ONU Mujeres, 2017).

A partir de todo lo anterior, se han generado propuestas de políticas públicas de cuidados y de sistemas de cuidados (Batthyány, 2015; BID, 2018; Boyoung, 2017; Nieves y Robles, 2016; Gobierno de la Cd de México, 2017; Sistema de Cuidados del Uruguay, 2019) que, sin una definición consensuada del cuidado y con alcances dispares, se centran en la focalización de acciones que resuelvan las demandas más inmediatas. Han incluido desde, modificaciones en la normatividad del trabajo formal para conciliar los tiempos del trabajo y de cuidados familiares principalmente hacia los menores de edad buscando igualdad para mujeres y hombres, la generación o ampliación de servicios de cuidados para menores de edad y personas mayores ya sea aisladamente o como un sistema, la remuneración y capacitación de familiares cuidadores, hasta la propuesta del cuidado como un derecho humano y como el cuarto pilar del bienestar-seguridad social aunque sin una consolidación en este rubro (CEPAL, 2015; Marrades, 2016; Pautassi, 2007 y 2018). En investigación, el grueso

de los temas considera desde las técnicas basadas en evidencia científica para la salud hasta las evaluaciones económicas, pasando por la percepción de las personas involucradas ya sea como receptores de cuidados, o como proveedores formales o informales, las diferentes relaciones que se establecen en el vínculo persona cuidada-cuidador, los efectos del cuidar y los modelos de atención.

Desde otro acercamiento, como la filosofía, Foucault (Foucault, 1984), tras el análisis de la parresia y del cuidado de sí señala que al reconocer nuestro papel en la sociedad -que implica una serie de valores que nos han sido permeados-, identificaremos nuestras obligaciones hacia los demás y ello nos hará conducirnos éticamente. Además de Foucault, otros filósofos como Heidegger (citado en Boff, 2002) y L Boff (2002), a pesar de pertenecer a corrientes diferentes, plantean el cuidado como un aspecto ontológico de los seres humanos.

Otro antecedente importante para esta investigación es mi participación en iniciativas estrechamente relacionadas con los cuidados. La primera fue el proyecto de Perspectiva de curso de vida y salud para la Salud Pública que realicé para la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud cuyo objetivo fue el desarrollo de un documento técnico que incorporara evidencia científica de los cuidados en salud (promoción, prevención, atención, rehabilitación) en las diferentes etapas del ciclo vital con base en la perspectiva de curso de vida de forma que resultara integral e integrativo y adecuado para la toma de decisiones en Salud Pública (OPS,. 2017).

La segunda experiencia fue la participación en la Red de Cuidados México (2017), grupo académico interdisciplinario que pugnan por una distribución más justa del trabajo de cuidados en la Cd México mediante la difusión del tema y la interacción e incidencia política en diferentes campos para el desarrollo de una política pública y un sistema de cuidados con perspectiva de género y de derechos humanos en la ciudad de México.

II. MARCO TEÓRICO

Esta investigación se inscribe en el campo de la Salud Colectiva, un campo de pensamiento, investigación, práctica de conocimiento con un mayor interés en la construcción conceptual a partir de la historicidad, la estructura, la totalidad y valores compartidos, “sin una devoción referencial de un marco teórico-metodológico, ni en la obsesión de un diseño metodológico de investigación” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 138-9).

II.1 El cuidado para la Salud Colectiva

Hace más de cuarenta años la medicina social propuso dejar de hablar de la enfermedad y la salud, como entidades separadas y antagónicas, para considerarlas componentes dialécticos de un proceso único al que se denominó *proceso salud-enfermedad* (Laurell, 1982; Jarillo y Granados [coords], 2016). Más tarde, esta misma escuela perfeccionó el modelo sustituyendo el término por el de *proceso salud-enfermedad-atención*. Desde hace varios años es cada vez más frecuente el uso de la categoría *salud-enfermedad-atención-cuidado* (PSEAC) (Ayres, 2009) indicando la creciente importancia que para la medicina social y la Salud Colectiva tiene la categoría de *cuidado*.

Para la Salud Colectiva, el PSEAC está determinado socialmente, y los grupos humanos muestran perfiles de enfermedad, mortalidad, acceso a los servicios y modalidades de cuidado que, esencialmente, obedecen a la forma en que estos grupos se insertan en los procesos productivos, su relación con los medios de producción y su grado de acceso a la riqueza social producida. También, por la forma en que los servicios de salud brindan las acciones en salud y que es igualmente, una forma de trabajo (Mendes-Gonçalves, 2017). En otras palabras —como sucede con las formas

de enfermar y morir— los grupos sociales tienen formas de cuidar que responden al modo de producción vigente en un momento histórico y a la inserción de cada grupo en la totalidad social.

En consecuencia, puede plantearse que tanto las necesidades de cuidado como la capacidad de respuesta de un determinado grupo dependen: de la configuración del núcleo de cuidado (familias, unidades domésticas, redes de apoyo, etc.); de sus condiciones de vida, y de los aspectos estructurales relacionados con los cuidados. De esta manera, las formas de cuidado propias del modo de producción feudal, por ejemplo, se modificaron con el surgimiento del modo de producción capitalista dando paso a la sociedad disciplinaria. Actualmente, la sociedad disciplinaria está siendo sustituida por la sociedad del rendimiento (Byung-Chul, 2017), dando paso a modalidades de cuidado que no habían existido.

En ese sentido, Ayres (2009) cuestiona la tendencia de los servicios de salud para lograr la eficacia mediante el éxito técnico de las acciones y señala que la llamada “crisis de la salud” obedece no a los aspectos técnicos sino a una crisis paradigmática que cuestiona incluso la legitimidad de las acciones en salud. Propone una diferencia entre el éxito técnico orientado a la eficacia y “el *logro práctico* [de la racionalidad práctica], entendiendo este logro como el mejor uso de los éxitos técnicos posibilitados por las tecnociencias de la salud frente a los proyectos de felicidad de sus destinatarios” (Ayres, 2008, p167), donde el segundo es el cuidar, y propone al cuidado como un constructo filosófico que puede definirse como: “uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (Ayres, 2009 p42).

Con base en la alegoría de Higinio analizada por Heidegger en la obra Ser y tiempo (Heidegger, 1995 en Ayres, 2009), Ayres propone categorías vinculadas con el cuidado: *Movimento, interação, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-*

causalidade, responsabilidade, identidade e alteridade. De cada una propone: el movimiento (*movimento*) tiene un carácter de fundamental en la construcción de las identidades; las interacciones (*interação*) construyen propiamente la trama de la alegoría; identidad y alteridad (*identidade e alteridade*) son producto de las interacciones, la identidad se construye por la presencia del otro y la alteridad se define por la construcción de una identidad; sin la plasticidad (*plasticidade*) como capacidad para transformarse no habría existencia; proyectarse (*projeto*) es necesario para que la plasticidad dé existencia; el deseo (*desejo*) es una aspiración de dar un sentido a la existencia basada en la reflexión y de ello surgen invitaciones, conflictos y resistencias entre mí y el otro; la temporalidad (*temporalidade*) está dada por Saturno, señor del tiempo, y señala que solo toma sentido hablar de cuidado en el devenir de la existencia y al mismo tiempo es el cuidado la condición de tripartición temporal de la existencia; la existencia no puede explicarse como una causalidad (*não-causalidade*) sino como “composibilidad” donde uno gana sentido en función de la totalidad y la totalidad tiene sentido por cada una de las partes; la responsabilidad (*responsabilidade*) implica responsabilizarse del proyecto, el cuidado es la responsabilidad de la existencia (íbidem, p 43-49).

Si bien dirige su esfuerzo al estudio del cuidado en la atención a la salud, su propuesta permite explicar el actuar en el otorgamiento de cuidados en otros espacios.

Estas aportaciones al campo de conocimiento implican, abrir el horizonte de acercamiento al objeto de estudio.

II.2 Paradigma y Sistema Complejo

Es Thomas Kuhn (1995) quien al estudiar la historia de la ciencia y específicamente las revoluciones científicas, propone el concepto de paradigmas con el que alude a

dos características de obras que sirvieron para definir los problemas y métodos legítimos de un campo de investigación: “su logro carecía suficientemente de precedentes como para atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los aspectos de competencia de la actividad científica. Simultáneamente eran lo bastante incompletas para dejar muchos problemas para ser resueltos por el delimitado grupo de científicos” (p33). Señala que bastaba conocer las bases de un campo científico para formar parte de la comunidad científica respectiva y, dado que la práctica se basaba en los mismos modelos, raramente habría desacuerdos sobre los fundamentos.

Este compromiso y consentimiento es la base para la continuación de una tradición particular de la investigación a la que llama *ciencia normal*. Se asume sin cuestionar y sin inquietud por cuestionar, lo que el paradigma propone, incluso, sin la existencia de reglas concretas, es decir, el paradigma “puede funcionar sin acuerdo sobre la racionalización” (p88), la ciencia normal no tiende a descubrir nuevas teorías. Plantea también que la investigación científica logra cambios en un paradigma cuando es particularmente efectiva como método, llevada a cabo bajo un conjunto de reglas y cuya asimilación por el paradigma, implicará la elaboración de otro conjunto, y tal ciencia, no será la misma.

El grueso de la producción sobre los cuidados se ha realizado, al parecer, bajo el paradigma de la modernidad y del trabajo.

Pretenderé, desde la Salud Colectiva analizar los cuidados y proponer miradas diferentes particularmente por la diversidad de opciones que el empleo de los términos cuidado y cuidados ofrece. En un curso de pensamiento reflexivo similar al de Kuhn, Rolando García (2000) dice que los conceptos científicos nunca están “dados” a los sentidos, no “aparecen” al observador como aspectos que sólo había que descubrir mediante el uso de los instrumentos e indicadores adecuados sino por el contrario, que los conceptos son creaciones que permiten a los científicos incorporar lo que esencialmente es parte del concepto para dejar fuera lo que no corresponde, estas creaciones y acuerdos permiten el avance en el conocimiento e implica aceptar que

todo concepto es incompleto, transitorio y provisional. Según García el hecho que los conceptos puedan transformarse, enriquecerse, evolucionar es lo que permite el avance y por ello es necesario cuestionar permanentemente lo que se tiene por cierto o verdadero y en ciencias sociales además de conocer la naturaleza del concepto, es necesario conocer los actores y las fuerzas desde las cuales se construyó, e incluso la historia social de su construcción.

Con respecto al cuidado, los discursos dominantes plantean necesidades de cuidados, acciones para resolverlas y formas en que deben llevarse a cabo. También señalan objetivos o expectativas acerca del cuidado, efectos negativos ante una distribución inadecuada —y en ocasiones injusta— de los cuidados, así como los recursos requeridos para cada modalidad.

Los límites o definiciones del cuidado o cuidados, sin embargo, no están en absoluto definidos, lo cual complica la calidad y la precisión de las diferentes iniciativas para proporcionar cuidados y generar soluciones adecuadas —sean investigaciones, políticas públicas o programas de atención. Categorías muy utilizadas asociadas a la problematización como dependencia o carga de cuidados son asumidas como ciertas.

Rolando García (2011) resalta la importancia de reconocer el *marco epistémico* desde el cual se estudia un objeto, pues dicho marco epistémico fija las normas bajo las cuales se analizarán las observaciones susceptibles de estudio empírico.

El marco epistémico de la Salud Colectiva reconoce que el PSEAC está determinado por las interconexiones que en cada momento y para cada lugar se establecen entre las esferas económica, política y cultural de una sociedad, donde los cuidados, por ejemplo, están históricamente determinados por las condiciones de vida y, a su vez, las condiciones de vida por los modos de producción. Esta determinación no es, sin embargo, un proceso mecánico, pues el nivel en el que se despliega el PSEAC determina su comportamiento como sistema complejo. García propone que, con los mismos componentes, pueden generarse modelos complejos diferentes pues es el marco epistémico el que permite una organización distinta.

Cada discurso dominante acerca del cuidado, con su marco epistémico, resulta insuficiente. Es necesario reformular los discursos dominantes bajo un marco epistémico integral, que permita incorporar valores epistemológicos, políticos y éticos (verdad, justicia, igualdad, felicidad, solidaridad, altruismo) a los tradicionales valores técnicos (factibilidad, efectividad, rentabilidad, sustentabilidad, etc.). Propongo que el marco epistémico de la Salud Colectiva puede permitir encontrar las relaciones que ordenan la categoría Cuidado, como concepto complejo, y que explican, bajo una mirada interdisciplinaria, los cuidados como la parte empírica de distintos sistemas complejos, cuyo resultado final deberá ser siempre el Cuidado como el logro para la vida digna.

Ahora bien, los documentos que versan sobre el Cuidado o los cuidados hacen alusión a aspectos éticos y políticos, lo cual implica el nivel individual y colectivo. El pensamiento de Mary Warnock y Amartya Sen resultan pertinentes para la aproximación del objeto de estudio.

II.3 El Cuidado desde la ética

La vida, la libertad, la salud, la educación y el trabajo son un derecho para todas las personas y resultan indispensables para el desarrollo y el goce de la vida digna. Si bien las condiciones en diferentes sociedades obstaculizan tal plenitud, hoy están reconocidas como universales y ello no siempre fue así. Tal avance ha obedecido a discusiones para pensar una sociedad que sea mejor para todas las personas, discusiones éticas que no se dan en abstracto pues como señala Mary Warnock (2002), la moral pública, la ética, se construye a partir de lo que las personas acuerdan, deciden y hacen observable para los integrantes de dicha sociedad. Comenta que existe una relación, aceptable en la democracia, entre la moral privada y la pública, relación sutil y compleja que debe comprenderse bien en qué consiste para evitar

asumir como verdaderas, proposiciones que surgen de una intuición. En la moral pública, todos los seres humanos son iguales y hay que defender y exigir el reconocimiento de los derechos dentro de sus instituciones.

Para la misma autora, la ética inicia cuando nuestro objetivo es hacernos cargo de las necesidades, voluntades y deseos de los demás; posponer los deseos inmediatos a favor de un bien que comprende el propio y el de los otros, levantar los ojos de la propia felicidad a la felicidad de los demás. Tampoco se trata de una obligación infinita. Requiere profundidad, tal vez más que amplitud. “En una situación precaria la gente debe afirmar y compartir ciertos valores o perecer. Esta realización es la que subyace en la raíz de lo ético; y es la que abre la posibilidad al altruismo, lo que toda persona piensa acerca de los demás...el altruismo es anteponer los intereses de otras personas a los nuestros” (2002, p129). El altruismo necesita de imaginación y de empatía para poder comprender lo que pasaría o lo que pasa en determinadas situaciones que no están estrechamente relacionadas con nosotros o bien, lo que pueden estar viviendo otras personas, así como las consecuencias de nuestros actos. En este sentido, la misma autora propone que toda persona debe tener derecho a conocer y entender el mundo, disfrutarlo y poder decidir lo concerniente a su vida (*cfr.* Warnock, 2002). Esta propuesta es, desde mi punto de vista, un acercamiento a lo que constituye una vida digna.

Cabe aun preguntarse quién defiende a quienes —por falta de cuidados— tienen negados derechos como la salud, la educación, la libertad como ocurre con los menores de edad —niños o adolescentes— que desertan de la escuela, que son violentados por comisión u omisión, que viven en pobreza, que son sometidos a presiones sociales; igualmente, las personas con alguna discapacidad o las personas mayores que quedan relegados del disfrute de una vida digna -pleno ejercicio de sus derechos- por falta de cuidados, prisioneros de su condición por falta de solidaridad o altruismo en su núcleo cercano, por sus pares, en una sociedad que no los ha considerado seriamente.

Respecto de la libertad, Sen propone que la libertad real solo es posible si las personas pueden elegir la vida que consideran valiosa vivir. Esto es, elegir, sin intromisión de tipo alguno, entre oportunidades sustantivas que verdaderamente les permita construir una vida valiosa (*cf.* Sen, 2010). Importa, por tanto, el contenido de la oportunidad y el proceso de la elección en el cual, no puede haber presión o limitación alguna. Es muy distinto que las personas elijan entre lo que pueden elegir porque eso es lo único disponible, a elegir entre opciones sustantivas reales que están verdaderamente a su alcance. Su propuesta permite identificar la diferencia entre las personas y sus condiciones para generar las oportunidades sustantivas necesarias que cada una requiere de tal forma que la diferencia no resulte una condición injusta en las oportunidades disponibles y tampoco en el proceso de decisión.

De esta forma, las personas desarrollan un conjunto de funcionalidades a las que llama capacidades (*ibídem*). Debe procurarse a todas las personas las capacidades necesarias. Este planteamiento favorece el “ser” en las condiciones actuales, y tales oportunidades no se darán en abstracto ni aisladamente, son una construcción y afectarán de alguna forma, las oportunidades de otras personas. Al centrarse en lo que las personas consideran valioso y al proponer la igualdad de oportunidades, lleva a la mirada ética propuesta por Warnock (2002).

Otro planteamiento ético-político es el del “Buen vivir”, la vida buena es el desarrollo pleno de los pueblos, el hombre y la mujer buscan un ideal de vida que se refleja en plenitud, bienestar social, económico y político de los pueblos. Cuestiona, por tanto, el desarrollo apegado al crecimiento económico y a una concepción de la sociedad civil alejada de la naturaleza. Por el contrario, reivindica la relación de la humanidad, la naturaleza y el universo; reconoce la interdependencia entre lo viviente, es decir, la relación de mutua necesidad y apoyo de las personas humanas entre sí y con la naturaleza y la centralidad de la reproducción ampliada para la sostenibilidad y la reproducción en el tiempo y en las condiciones que hagan la vida valiosa y trascendente. Es decir, la vida y el cuidado están en el centro de las esferas social, económica, política y cultural. (Bosch, Carrasco, Girall, 2005; Pérez-Fragoso, 2009)

Estas propuestas implican cambios relevantes en lo que las sociedades pudieran considerar importante y parte de un bien común. Sin embargo, tales cambios requieren procesos sociales de construcción progresiva y democrática que en ocasiones tardan en convertirse propuestas concretas de igualdad y justicia. Una vez alcanzados, es importante garantizar su permanencia.

En ese sentido, los derechos humanos se han convertido en un elemento indispensable para avanzar en el logro de sociedades más justas. Y si bien, el camino es largo, los argumentos acerca de los cuidados permean de forma constante a los derechos humanos. Es por ello que planteo en ese sentido el cuestionamiento central de esta investigación y primordialmente, a partir del Garantismo propuesto por Luigi Ferrajoli (2009).

II.4 El cuidado desde los Derechos Humanos

Las teorías contemporáneas sobre los derechos humanos parten del cuestionamiento del modelo bienestarista de provisión de bienes y servicios públicos y el esfuerzo paralelo por convertirlos en obligaciones estatales derivadas del derecho que asiste a todas las personas a vivir dignamente y con decoro (Sen, 1999).

De acuerdo con la Teoría Internacional de los Derechos Humanos, estos derechos son normas de derecho público que protegen bienes jurídicos considerados fundamentales e inherentes a la persona humana (López y López, 2015). Para el jurista Luigi Ferrajoli (Ferrajoli et al, 2009) la mejor manera de comprender su naturaleza es incluyéndolos dentro de la categoría de derechos fundamentales. Este autor propone que los derechos fundamentales son todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, ciudadanos o individuos con capacidad de obrar. La capacidad de obrar, en este

contexto, es la cualidad que poseen ciertos sujetos para realizar actos jurídicos y que les permite establecer, modificar o extinguir relaciones con efectos legales.

Para Ferrajoli (Ferrajoli et al, 2009), la universalidad es lo que confiere el carácter de fundamental al derecho, y no el tipo de intereses que protege o las necesidades que satisface. Son fundamentales, en este sentido, la libertad personal, la libertad de pensamiento, los derechos políticos y los derechos sociales, porque las normas que los tutelan indican que son de aplicación universal. La clasificación contemporánea de derechos fundamentales hace una distinción entre derechos fundamentales primarios y secundarios. Los derechos fundamentales primarios poseen carácter sustantivo y se otorgan a los sujetos en razón de su naturaleza (como personas o como ciudadanos). Los derechos fundamentales secundarios son de naturaleza procedimental y se otorgan a los sujetos en razón de su autonomía y su capacidad de obrar. Según esta clasificación los derechos sociales, junto con las libertades básicas, el derecho a la vida, a la seguridad y a la integridad personal, forman parte de los derechos humanos (primarios).

A partir de los años noventa los derechos sociales se han incorporado de manera generalizada a la parte dogmática de las constituciones de múltiples países, y en la actualidad se encuentran en el segmento más alto de la pirámide normativa de todos aquellos que aceptan la necesidad de garantizar la subsistencia de sus habitantes en condiciones dignas e igualitarias (Di Castro, 2010).

No obstante, un problema todavía relevante es la garantía efectiva de estos derechos, que sólo puede llevarse a cabo creando instituciones legales que los soporten y mecanismos que permitan su justiciabilidad directa en la normatividad ordinaria nacional (Serrano, 2013; RED-DESC, 2017) (Ferrajoli (2004)

Las críticas más importantes a la teoría de los Derechos Humanos son su nacimiento liberal e individualista, así como lo abstracto que resulta el término “vida digna”. No obstante, es posible que la teoría de las capacidades de Amartya Sen (2010) permita dotarles de historicidad y contenido, especialmente si se acepta, como afirma Warnock (2002), que los objetivos del ser humano pueden sintetizarse en la posibilidad de

conocer el mundo, de disfrutar la vida y de decidir por uno mismo la vida que se desea vivir.

Por su parte Ferrajoli centra su Teoría Garantista (2004) en el aspecto formal de los derechos fundamentales de forma tal que se constituyan en mecanismos de protección ante el poder del Estado, de la mayoría y del mercado. Señala, por tanto, la necesidad de la definición adecuada de las garantías que se derivan del derecho protegido pues con alguna frecuencia, un derecho no es satisfecho ni es exigible por la falta de definición de garantías. En el caso de los derechos sociales sus garantías se orientan a técnicas de coerción o sanción en contra la omisión de medidas obligatorias que las satisfacen (p 25). El punto de partida es la delimitación del bien jurídico.

En su obra *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal* Ferrajoli (2009) analiza el bien jurídico. Si bien realiza el desarrollo en el marco del derecho penal, tiene utilidad y aplicación en los otros ámbitos del derecho dado su carácter garantista. Indica que el bien jurídico implica la protección por parte del derecho de algo considerado valioso o importante, tiene una relevancia crítica y una función axiológica. Sin embargo, no hay una definición exclusiva y exhaustiva del mismo.

Una teoría de este no puede casi nunca decir positivamente que una proposición penal es justa cuando protege un determinado bien jurídico. Puede ofrecernos únicamente una serie de criterios negativos de deslegitimación... para afirmar que una determinada prohibición penal o la punición de un concreto comportamiento prohibido carecen de justificación o que esta es escasa” (p471). De forma tal que, si bien el interés es la protección de lo que se considera valioso para la sociedad, en realidad, la categoría de bien jurídico funciona como límite o garantía de que “la lesión debe ser condición necesaria, aunque no suficiente para justificar su prohibición y punición como delito” (ibidem). Es decir, el bien Jurídico debe permitir identificar los comportamientos que atentarían contra aquello que tutela.

La confusión sobre el bien jurídico, aunque ha disminuido, persiste generando un engrosamiento importante tanto de bienes tutelados poco definidos e incluso inconsistentes, como de las penas o prohibiciones de actos que atentan contra bienes no definidos devaluando la idea del bien.

Ferrajoli (p 470) señala que la confusión histórica en las diferentes corrientes del Derecho acerca del Bien Jurídico obedece a cuatro cuestiones de estatuto lógico y semántico distinto:

- a) Ético-política: si las prohibiciones penales deben tutelar un bien cualquiera para no quedar sin justificación moral y política;
- b) Jurídico-constitucional: si un ordenamiento dado ofrece la garantía de lesividad, esto es, si las prohibiciones legales y las sanciones concretas no son legítimas jurídicamente si no se produce un ataque a un bien cualquiera;
- c) Jurídico-penal: qué bienes, o no bienes, tutelan normativamente las leyes penales;
- d) Sociológico-empírica: qué bienes, o no bienes, tutelan, de hecho, las mismas leyes, y qué bienes, o no bienes, son atacados por los comportamientos que ellas prohíben.

Mientras la primera y la última reflejan un punto de vista externo -axiológico y fenomenológico respectivamente-, la segunda y la tercera son expresión de una perspectiva interna al ordenamiento y relativa, en una, a lo que el derecho penal «debe ser» partiendo de la constitución, y, en la otra, a lo que éste «es» partiendo de las leyes.

Para fines de esta investigación me centraré en la primera y últimas cuestiones que obedecen al objetivo de investigación y también porque las opciones b y c, requerirían en realidad, un análisis dogmático.

Ferrajoli comenta que, en cuanto al primer criterio de justificación ética-política, se trata de una doctrina no jurídica externa de las prohibiciones penales, es decir, política y no jurídica. Postula la correspondencia entre prevención de delitos y tutela de bienes jurídicos y el interés sería, la máxima tutela de bienes con el mínimo necesario de prohibiciones y castigos.

El criterio más elemental es la justificación de las prohibiciones sólo cuando se dirigen a impedir ataques concretos a bienes fundamentales de tipo individual o social y, en todo caso, externos al derecho mismo (p472). Debe considerarse como ataque el daño causado y también “el peligro que se ha corrido” dada la finalidad preventiva del derecho penal. La lesión a los derechos fundamentales es condición necesaria -aunque no suficiente por sí sola- para justificar las

prohibiciones penales dado el carácter fundamental de este tipo de derechos e incluye tanto los derechos individuales como los colectivos o sociales como puede ser el derecho al medio ambiente o a la salud. Es decir, cualquier acto que atente contra estos derechos puede ser prohibido o punido. Sin embargo, es precisamente en los derechos sociales donde menos se ha desarrollado la categoría de bien jurídico y las acciones que deberían limitarse dado que atentan contra ellos (íbidem). Un avance en algunos países puede ser, por ejemplo, los daños al medio ambiente.

Siempre debe tratarse de un daño o de un peligro verificable o evaluable empíricamente partiendo de las características de cada concreto comportamiento prohibido, y no considerando en abstracto sólo el contenido de la prohibición (íbidem). Es importante considerar protecciones civiles o administrativas y no solo penales pues ningún bien jurídico justifica una protección cuando “el valor [de la prohibición] es mayor que el de los bienes de que priva la pena” (íbidem). De esta forma, deberían definirse penas alternativas más limitadoras que privativas de libertad y que las harían más “idóneas” – que es otro criterio axiológico de las prohibiciones para tutelar un bien jurídico- al bien que se pretende tutelar (p473). En el otro extremo, será importante también vigilar que la pena no se transforme en un impuesto como ocurre con las pecuniarias pues perdería toda eficacia disuasoria (íbidem).

Esto deja clara la importancia de una identificación adecuada de los aspectos vinculados con el bien jurídico a proteger de forma tal que puedan reconocerse las acciones concretas que atentarían fundamentalmente contra él, pero también, permitiría una delimitación del tipo de acciones y la gravedad del efecto abonando probablemente a la idoneidad de las penas así como a la identificación de aspectos y elementos que podrían promoverse o prevenirse para disminuir la probabilidad del daño al bien jurídico o incluso, promover la mayor satisfacción posible pues al referirse a la política penal de tutela de bienes, Ferrajoli señala que solo tiene justificación y fiabilidad cuando es “subsidiaria de una política extrapenal de protección de los mismos bienes” toda vez que muchos de los resultados lesivos que previene el derecho penal pueden ser evitados e incluso con mayor eficacia “a través de medidas protectoras de tipo administrativo” (íbidem). Circunstancia de particular relevancia en el caso del Cuidado pues seguramente la mayor parte de la esfera relacionada con él y que habrá de regular el derecho no está en el ámbito penal.

Respecto del criterio sociológico-empírico que se dirige a analizar la protección efectiva de los bienes jurídicos legalmente tutelados señala que es difícil identificar los logros más que los fracasos por lo que es necesario allegarse de información estadística y científica relevante para lograr un acercamiento crítico, ya que:

“El análisis de los bienes, valores o privilegios legalmente tutelados reviste, por lo demás una relevancia científica y política ya que brinda el presupuesto de toda valoración crítica y de toda consideración de reforma del derecho vigente.” (p475) “Sólo analizando la divergencia entre normatividad y efectividad de la protección penal de los bienes es posible captar, en los diversos niveles en que aquélla se manifiesta, los aspectos de ineficacia de la primera y de ilegitimidad de la segunda.” (p477)

Se lograría una reelaboración con bienes jurídicos y garantías más legítimas y abriría la oportunidad de incorporar comportamientos que no están adecuadamente prohibidos como pueden ser ciertos delitos ambientales [y otros derechos fundamentales como los sociales] (p 477).

Ferrajoli define el Bien jurídico como:

Hace referencia semántica a situaciones objetivas e intereses independientes o previos a las normas jurídicas, su justificación externa es política, tiene una importancia axiológica y un carácter garantista. El análisis de los bienes tutelados tiene una relevancia científica y política.

Y el grado de efectividad de un sistema jurídico se relaciona con la especificidad en la definición de las garantías el garantismo de un sistema jurídico es una cuestión de grado, que depende de la precisión de los vínculos positivos o negativos impuestos a los poderes públicos por las normas constitucionales y por el sistema de garantías que aseguran una tasa más o menos elevada de eficacia a tales vínculos (Ferrajoli, 2004, p 25).

III. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los discursos actuales acerca del cuidado lo han enfatizado como una problemática a resolver argumentando un aumento en la necesidad de cuidados hacia las personas fundándose en:

- a) el aumento de las enfermedades, principalmente las enfermedades crónicas
- b) el aumento de la población considerada como dependiente por etapa de vida -niños, ancianos- o por enfermedad -crónica o discapacidad-,
- c) la disminución de los recursos disponibles -humanos, financieros-,
- d) el encarecimiento o escasez de los servicios,
- e) la necesidad de cuidados cada vez más especializados,
- f) la distribución injusta de ciertos cuidados en detrimento de las mujeres y el poco reconocimiento,
- g) la importancia de esos cuidados para la reproducción social,
- h) la necesidad urgente de cuidado del ambiente para preservar la vida sobre el planeta dados los daños ocasionados por la civilización.

En tales argumentos no existe una definición que permita aprehender la complejidad y trascendencia del cuidado, han dado énfasis a los aspectos instrumentales del cuidado y a partir de ello, han problematizado dando atribuciones imprecisas al cuidado y generado soluciones que resultan parciales, insuficientes o inadecuadas orientadas principalmente a la generación de servicios o acciones bajo estrategias de focalización hacia las poblaciones consideradas vulnerables. Han dejado de lado el importante vínculo del cuidado con las esferas vitales que permiten la vida digna en

condiciones de sostenibilidad. En el anexo A muestro diferentes acepciones del Cuidado y los cuidados en los documentos analizados.

Adicionalmente, el carácter disciplinario cada vez más especializado de las aproximaciones al cuidado, generan una mirada fragmentada de la realidad y han generado categorías que se confrontan en un sistema binario y ante las cuales es necesario optar por una: el desarrollo humano o la conservación de la naturaleza, la enfermedad o la salud, lo femenino o lo masculino, lo privado o lo público, el derecho de las personas cuidadoras o el derecho de las personas que necesitan cuidados, autocuidado o el cuidado de los otros, el progreso individual o el bien común. Categorías que además se asumen como ciertas sin mayor reflexión.

Esta forma de construir la realidad y el conocimiento al respecto es congruente con los valores, es decir, con el marco epistémico del sistema socioeconómico neoliberal que, guiado por los valores de eficacia, competencia y rendimiento, normaliza la vida generando una estrecha normalidad donde la exclusión es un efecto inherente pues lo que ha demostrado este sistema en su devenir histórico es el aumento de las desigualdades injustas en detrimento de la mayoría poblacional que apenas cuenta con lo mínimo para subsistir en condiciones precarias en contraparte con el uno por ciento de la población mundial que ostenta el 90% (OXFAM, 2018).

Sin embargo, el vínculo del cuidado con las esferas vitales permite pensar en su trascendencia para la vida pasada, presente y futura, y cabe preguntarse si las condiciones precarias de vida se deben en buena medida a la falta de cuidado.

Planteo, por ello, un problema epistémico acerca del cuidado tanto por el contenido de los argumentos más prevalentes como por el marco epistémico desde el cual se han construido, y el efecto de ello en la vida de las personas dado el vínculo del cuidado con esferas vitales protegidas como derechos humanos.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta principal, ¿existe un contenido del Cuidado que pueda ser protegido como bien jurídico por el Derecho Humano al Cuidado?

La segunda pregunta, que se derivó de la ausencia de una definición suficientemente aprehensiva del Cuidado, fue ¿Qué caracteriza al Cuidado y qué lo determina?

V. JUSTIFICACIÓN

El Cuidado ha tomado cada vez mayor relevancia en diferentes esferas de la vida y se ha estudiado en diversas disciplinas al punto de proponerlo como un derecho humano. Sin embargo, es necesaria la comprensión más adecuada, particularmente cuando implica el desarrollo de iniciativas de política pública que tendrán consecuencias en la vida de las personas. Tiene, por tanto, una relevancia académica, política y ética.

VI. MÉTODO

Se trata de un estudio teórico, cualitativo, que adopta una perspectiva interdisciplinar e integra diferentes técnicas de investigación dado que el objeto de estudio que se presenta obliga a una forma de aproximación que permita aprehender su complejidad.

El método seleccionado para la investigación fue la hermenéutica filosófica y la hermenéutica crítica, fundamentalmente desde la propuesta de George Gadamer y

teniendo como marco epistémico, evidentemente, la Salud Colectiva. Como diferentes autores han comentado, la crisis de paradigma y de métodos han cuestionado al positivismo empírico y su tendencia causalista como única forma de aproximación a la verdad (Gadamer, 1993; Habermas en Ayres, 1994; Ayres, 1994 y 2008).

Habermas entiende “la búsqueda del esclarecimiento, proceso simultáneo de conocimiento del mundo y auto-objetivación humana a través de la razón, como una gran construcción colectiva, un diálogo siempre en marcha, entre discursos diversos sobre la realidad. Esos discursos son resultantes de la interacción entre los diferentes horizontes interpretativos abiertos por las experiencias concretamente vividas por los sujetos humanos, y de acuerdo con los diferentes poderes de que disfrutaban en la organización social de la vida. En las formas concretas de socialización engendradas en la era del capitalismo financiero y de la cultura de las masas, la verdad asume la forma de un discurso comunicativamente operante” (Habermas en Ayres, J.R. de C.M., 1994)

Por otro lado, Ayres (2008), al revisar los cuestionamientos a las ciencias, señala que “las ciencias pasaron a ser entendidas como una forma de discurso, caracterizada por una búsqueda de validación intersubjetiva basada en su compromiso con la verdad. Pero ya no una verdad absoluta... En el mismo proceso, los desarrollos conceptuales en el campo de las llamadas ciencias humanas fueron demostrando cada vez más que el mismo compromiso con la verdad requiere no solo diversidad de métodos y regímenes de validez, sino la revisión de la naturaleza misma de lo que se entiende por verdad y por validación intersubjetiva, creando no solo nuevas metodologías y epistemologías, sino una renovación filosófica más amplia en la autocomprensión de esas ciencias” (p160). Ese espectro filosófico como un todo desde el polo neopositivista al polo hermenéutico-dialéctico pasa por el sentido general de revisión crítica del giro pragmático-lingüístico.

Gadamer (1993), interesado en la superación de la dicotomía sujeto-objeto en la comprensión de los actos y obras humanas, considera que el círculo lógico en que se

da la comprensión, dado que quien quiere comprender está incluido en lo que quiere comprender, es la esencia misma de la comprensión.

Al contrario de las concepciones positivistas que buscan el alejamiento y neutralización de quien investiga con respecto a lo que es investigado, Gadamer propone que el acercamiento a la verdad ocurre en la fusión de horizontes, es la decodificación de la propia experiencia a partir de necesidades y posibilidades traídas por el horizonte lingüístico del Otro. De esta forma, lo interpretado trae aspectos nuevos a quien interpreta, pero es el intérprete quien posibilita a lo interpretado la proposición de esas cuestiones. “Mediante la compleja “dialéctica de pregunta y respuesta”, se logra, según Gadamer, el comprender incesante con el que la humanidad va estableciendo e instaurando históricamente su mundo, reconstruyendo continuamente el pasado del futuro que se vislumbra desde cada presente (Ayres, 1994 p318, traducción propia).

Para la hermenéutica filosófica, el lenguaje es donde se conforma la comprensión del mundo, por ello, la lingüisticidad es el elemento fundante de toda formación conceptual y es consustancial con la historicidad de las lenguas, otorgando, por tanto, sentido a los enunciados sobre la base del horizonte sociocultural que opera. De esta manera, un “enunciado posee sentido en la medida en que está articulado en un todo que lo engloba y, a su vez, el todo solo tiene sentido en cada enunciación efectuada” (Catogio, 2012, p 106). Es, por tanto, un ejercicio dialéctico del todo y las partes.

Para Gadamer, es necesaria la comprensión que se comporta intersubjetivamente para que haya lenguaje y sentido. De hecho, el sentido se conforma en los enunciados y no existe antes de ellos, “es producto de la acción discursiva concreta ejecutada por los interlocutores intervinientes” (íbidem). La interlocución se hace posible, de acuerdo con la hermenéutica, gracias a los prejuicios, es decir, la “preestructura de comprensión” que tienen un sentido en función del horizonte sociocultural. Por ello, Gadamer, habla de la anticipación de sentido como “la unidad de sentido supuesta de la cosa al interpretarla” (íbidem), esto permite un primer momento en la comprensión. Sin embargo, es precisamente, la dificultad en el primer momento de la comprensión, lo que posibilita la teoría hermenéutica. Gadamer señala a esa anticipación de sentido

no producto de la subjetividad sino una influencia de nuestra comunidad que nos une con nuestra tradición y que guía, en tanto unidad de sentido, nuestra comprensión y que habrá de buscar congruencia entre el todo y la parte.

Es importante aclarar que el encuentro intersubjetivo donde surge la comprensión puede ser con otro, persona, escrito, etc. En el reconocimiento de que la expectativa de sentido puede resultar insuficiente, el trabajo hermenéutico es precisamente, ampliar ese horizonte de comprensión y volver una y otra vez hasta la obtención del resultado satisfactorio, la unidad de sentido que evidentemente, nunca será la misma que la inicial. “La tarea hermenéutica consiste por lo tanto en el “desplazarse a sí mismo” (Sichversetzen) al horizonte del objeto de comprensión, sin perder en este desplazamiento el propio “horizonte histórico” (historischer Horizont) y sin imponer a la vez el propio horizonte sobre el horizonte de la “tradición” (Überlieferung) que se pretende comprender” (Giménez, 2010 p 69).

“El ‘principio de la historia efectual’ que lleva a Gadamer a afirmar que la comprensión se realiza en la ‘fusión de horizontes’ característica de la ‘conciencia hermenéutica de la historia efectual’, es derivado de “la estructura de la pregunta” que posibilita la aparición de lo otro en su alteridad, en la medida en que las propias anticipaciones de sentido dejan hablar a lo otro, al ser cuestionadas en su valor de verdad. Toda experiencia está de este modo precedida de una pregunta, esto es, de un cuestionamiento de las propias posibilidades frente a lo extraño que se nos presenta. En cuanto que la pregunta cuestiona, le es inherente una cierta negatividad, y en cuanto que la pregunta está abierta a más de una respuesta, responde a la estructura de apertura de toda experiencia hermenéutica..., pues además la pregunta abre un sentido que orienta la respuesta y lo que es preguntado es “quebrantado en su ser” al introducirse una orientación que va más allá de lo propiamente enunciado” (Gimenez, 2010, p71).

Por su parte Ayres (2008) Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud retomando la hermenéutica de Gadamer en la salud señala que un diálogo debe ser entendido como una dialéctica de pregunta y respuesta en la que conducimos el

diálogo tanto como somos conducidos por él, por tanto, el valor de la verdad práctica no es la aprehensión y control del fenómenos sino “pertenecer más intensamente a las totalidades de sentido que van construyendo esos grandes diálogos que son la cultura, la sociedad, la historia, las biografías” (p167). La pregunta es una aplicación no en el sentido instrumental sino un interés de encuentro, de entenderse con el otro.

Si bien ninguna definición de cuidado o cuidados comprende la amplitud y complejidad necesarias, el uso del término guarda algunas similitudes a través de la variabilidad de los documentos y a la vez, se dibujan matices particulares.

El primer giro de la aproximación hermenéutica fue la organización de las fuentes de información mediante una tipología analítica (Collier, La Porte y Seawright, 2012; Møller y Skaaning, 2015) para comprender el fenómeno del cuidado y aportar pautas que favorecieran su caracterización y en lo posible, la delimitación del bien jurídico del derecho al cuidado. A través de ella, y tras una lectura exhaustiva de los documentos, se identificaron elementos y características que clarificaban el objeto de estudio y que al mismo tiempo hicieron evidente la necesidad de considerar otros conceptos y categorías. A diferencia del límite que representa la saturación teórica de otras aproximaciones cualitativas, el límite en la búsqueda lo representó precisamente, la amplitud y diversidad de usos del cuidado y los cuidados y se confirmó la prioridad de la caracterización del cuidado y los cuidados más que su definición.

La siguiente lista muestra la diversidad de documentos revisados y en el Anexo B se encuentra los títulos:

- a) salud con perspectiva de curso de vida
- b) políticas de cuidados o de sistemas de cuidados o documentos afines
- c) modelos de atención a la salud y a la educación
- d) diccionarios de lengua española y diccionarios disciplinares
- e) documentos de filosofía
- f) documentos de cuidado ambiental

La tipología analítica (Ríos-Cázares y López-Moreno,2018) me permitió sostener que hay una diferencia entre las categorías de Cuidado y cuidados, así como identificar

elementos -unidad de cuidados, complejidad, condiciones, dimensiones- que ayudan a comprender la problemática actual y que fortalecieron el argumento de la complejidad del Cuidado y de su vínculo con otras esferas protegidas como derechos humanos como la salud, la educación, el trabajo. Diferenciar el Cuidado y los cuidados ofreció una claridad importante para avanzar. Por tanto, en adelante, me refiero al Cuidado (con mayúscula) como categoría social, abstracta, ontológica, y cuidados, las prácticas de cuidados. Excepto, cuando cite el decir de un discurso toda vez que ese discurso no se refiere en el mismo sentido que propongo.

Construí un horizonte hermenéutico a partir de dos propuestas: Heidegger y Ayres, con esta delimitación, me aproximé nuevamente a la experiencia de los documentos analizados. Heidegger (Heidegger, 1996 citado en Ayres, 2009) propone el *Cuidado o ser do humano* a partir de

pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. Temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar (p86)

Partiendo del horizonte de Cuidado propuesto se evidenció la necesidad de incorporar el planteamiento de los sistemas complejos debido, por un lado, a la diversidad disciplinar de documentos y fuentes de información que se estaban analizando y por otro, a la necesidad de una mejor comprensión de las relaciones e interacciones entre los elementos y la determinación del Cuidado y los cuidados de forma tal que me permitiera delimitar un nudo crítico susceptible de considerarse el bien jurídico protegido por el Derecho Humano al Cuidado.

La propuesta de modelo complejo se basó en la generada por Rolando García (2006) quien señala que la construcción de un sistema complejo es fundamentalmente, un trabajo cualitativo en el que la episteme del investigador performa, a partir de las

preguntas y objetivos planteados, al sistema complejo pues con los mismos elementos pueden generarse sistemas complejos diferentes según el marco epistémico asumido.

Define a los sistemas complejos como sistemas cuyos elementos o subsistemas están interdefinidos pues interactúan de tal manera que no son aislables. Consecuentemente, “el sistema no puede ser descrito ni su funcionamiento explicado, por mera adición de enfoques parciales de estudios independientes de cada uno de los componentes... y los distintos componentes solo puede ser definidos en función del resto” (García, 2000).

La construcción de un sistema complejo que permita el abordaje de un objeto de estudio implica rebasar la mirada disciplinar para plantear las preguntas y objetivos de investigación.

El primer paso es la organización del material empírico (documentos e investigaciones acerca del objeto de estudio desde diferentes disciplinas) en función de los aspectos más afines de forma tal que se construya un complejo empírico a partir de subsistemas, ese complejo empírico será un recorte de la realidad pues es imposible abordar la totalidad y habrá de permitir, en un segundo momento, por un lado, identificar las relaciones e interacciones entre sus elementos -lo que constituye propiamente la estructura del sistema- y por otro, que explique el funcionamiento del sistema, entendido tal funcionamiento, como el resultado de las interacciones en todos los niveles del sistema. Es decir, obtendremos la construcción de un sistema conformado por subsistemas interdependientes que interactúan para lograr un funcionamiento total, este sistema interactúa también con el medio externo. A las fuerzas externas capaces de alterar o condicionar el sistema, se les llama condiciones de contorno, el resultado de esa alteración puede ser una reorganización adaptativa que García (2000, 2006) llama resiliencia o bien, una desorganización conocida como vulnerabilidad.

El sistema complejo así definido, puede a su vez, ser un subsistema de un sistema mayor. García (2006) coloca centralmente el proceso dialéctico en la construcción del sistema, así como el devenir histórico de los procesos y elementos considerados.

Hay pues, una concordancia entre Gadamer y García en aspectos importantes: a) la implicación del investigador en su objeto de estudio, b) la necesidad de hacer dialogar a discursos diversos, c) la dialéctica como forma de construcción de una nueva verdad, d) la consideración del momento histórico, e) la importancia de la pregunta como elemento orientador del sentido y, f) la necesidad de aproximaciones sucesivas siempre con preguntas que nunca serán las iniciales.

El acercamiento a la interdisciplinariedad de esta investigación se ha logrado mediante: a) preguntas integrativas generadas en la fusión de horizontes, b) el diálogo entre los horizontes planteados en los documentos analizados, c) el propio horizonte.

VII. RESULTADOS

Esta sección se divide en dos apartados. El primero, VII.1 Comprendiendo el Cuidado y los cuidados expone los resultados en la comprensión a partir del Modelo de Sistema Complejo construido. La segunda, VII.2 Derecho Humano al Cuidado, expone el bien jurídico y sus garantías.

VII.1 COMPRENDIENDO EL CUIDADO Y LOS CUIDADOS

A continuación, muestro los resultados del acercamiento para la comprensión del Cuidado. Estos resultados son: 1) las tradiciones identificadas acerca del Cuidado y los cuidados, 2) las dimensiones del Cuidado, 3) la diferencia entre Cuidado y

cuidados, 4) la caracterización del Cuidado como sistema complejo y 5) los elementos que constituyen el sistema complejo del Cuidado.

Cabe recordar que partí del marco epistémico de la Salud Colectiva con una aproximación hermenéutica y la pregunta orientadora ¿Qué caracteriza al cuidado y qué lo determina?

Finalizo este primer apartado de resultados con una 6) explicación de la situación actual del Cuidado con base en esta propuesta.

En la 2ª parte de resultados, propongo el Bien Jurídico y las garantías del Derecho Humano al Cuidado.

1. Tradiciones

Bajo los argumentos del desarrollo económico, el enfoque de género, el avance científico y tecnológico y la necesidad de preservar la salud en una sociedad disciplinar, el énfasis que la sociedad contemporánea ha puesto en los cuidados ha dado pie al surgimiento de tres tradiciones dominantes.

1.1 Tradición biomédica

Este discurso se centra en acciones de cuidado fundamentalmente de carácter técnico para prevenir, curar o rehabilitar de la enfermedad, enfatiza que las necesidades de cuidados se deben al aumento de la enfermedad crónica y sus complicaciones, la dependencia, el envejecimiento poblacional y la falta de capacitación de los cuidadores, así como los efectos negativos por el acto de cuidar. Sus propuestas de solución giran alrededor de la responsabilidad de las personas, el costo beneficio de las intervenciones, así como una participación cada vez mayor de los servicios privados en la atención a la salud de las personas dado los costos que ello podría representar para el sector público.

En menor medida, el discurso biomédico propone también acciones de cuidados para promover la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia y recientemente, para la preservación de la funcionalidad en las personas que envejecen. Cabe destacar en este rubro, tres planteamientos:

a) la perspectiva de curso de vida que permite un análisis más adecuado del proceso salud enfermedad atención cuidado, abre la posibilidad de ampliar el horizonte de la temporalidad y la determinación social del mismo y hace evidente tanto la necesidad de cuidado a lo largo de todo el ciclo de vida como sus efectos incluso, en otras generaciones;

b) el proceso de desarrollo descrito por Winnicott (1987) en el cual identifica claramente tres acciones fundamentales —sostenimiento, manipulación y presentación objetal— que una figura adulta adecuada, a cargo del cuidado del recién nacido y del infante, debería cumplir pues en ello se cimienta el desarrollo de una persona sana;

c) el envejecimiento sano propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2015) reconoce que el objetivo de las políticas y programas en salud es que las personas puedan realizar lo que consideren importante y que ello es posible manteniendo la capacidad funcional que es resultado de la interacción de la capacidad intrínseca -características individuales- y de las características del entorno, con lo cual, abre la expectativa de que la salud física deteriorada o la presencia de enfermedad no sea un limitante para el logro de objetivos de vida que cada persona considera valiosos. Imprime la perspectiva de los Derechos Humanos y el reconocimiento de la diferencia entre las personas.

Si bien estas tres últimas perspectivas son necesarias para hablar de Cuidado, cabe señalar que son las que se promueven en menor medida. Tampoco suelen visibilizarse los efectos negativos de un Cuidado insuficiente o inadecuado ya sean resultado de la atención deficiente recibida por parte de los trabajadores de salud o, por los cuidadores formales o informales. Es necesario mencionar también el aumento en las tendencias al énfasis del vigor y del rendimiento generando corporalidades que favorecen una

idea estricta y estrecha de normalidad inasequible para una mayoría y que aumenta, por lo tanto, la necesidad de cuidados.

1.2 Tradición de la economía feminista

Dentro de las corrientes feministas —que se han preocupado desde hace varias décadas por los problemas generados por las formas de cuidados asignadas específicamente a las mujeres por la sociedad heteronormativa— tampoco existe una definición consensuada del cuidado ni aprehensiva de los niveles y dimensiones de su uso.

Con base en el uso del tiempo y el costo de la actividad realizada, suelen incluirse acciones englobadas como trabajo no remunerado y relacionadas con la provisión de alimentos, la educación, la salud, la contención emocional de los miembros de la familia y el trabajo doméstico. Se ha hecho énfasis en la relevancia de estas acciones para la reproducción social, así como la falta de reconocimiento y remuneración y la distribución injusta pues, fundamentalmente, queda a cargo de las mujeres lo que disminuye sus oportunidades para la educación, la inserción al trabajo formal y el ocio.

Bajo esta perspectiva y en una ampliación al horizonte migratorio, se ha propuesto el “cuidatoriado” (Durán, 2018) aludiendo al trabajo realizado en condiciones precarias, sobre todo, por mujeres migrantes sin garantía de derechos. Las propuestas más relevantes se centran en el reconocimiento, la redistribución, la reducción y la remuneración de ese trabajo. La orientación más importante es hacia el aspecto también productivo del trabajo doméstico y de cuidados y a la necesidad impostergable de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres que se traduzca en lo inmediato en la autonomía de las mujeres y de manera importante, la autonomía económica.

En los últimos años la Organización Internacional del Trabajo se ha sumado al reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados. Cabe realizar dos observaciones:

la escasa alusión a las necesidades de cuidados para los diferentes grupos poblacionales y al derecho de los hombres a cuidar.

1.3 Tradición ecológica

Visibiliza y cuestiona los efectos de las acciones del ser humano en el entorno físico causando daños progresivos e irreversibles que condicionan un riesgo importante para la salud y el desarrollo de las sociedades actuales y la sostenibilidad de la vida hacia el futuro. Las propuestas se centran en cambiar las formas de producción y los argumentos de sustentabilidad del desarrollo económico por otros de sostenibilidad que implican un equilibrio justo para la civilización actual y la posibilidad de futuro. Aunque incipiente, puede identificarse una propuesta de ciudades que cuidan aludiendo a aspectos del entorno que favorezcan la sostenibilidad y mejoren la calidad de vida.

2. Dimensiones del Cuidado

Identifico cuatro dimensiones que atraviesan al Cuidado y a los cuidados permitiendo caracterizarlos en su mayor complejidad y trascendencia para la vida de las personas.

2.1 Dimensión ética

Es necesario reconocer que todas las personas necesitamos cuidados desde el nacimiento hasta la muerte y que, en todo momento, deberán estar orientados a la consecución de la vida digna y no solo a la subsistencia, por lo tanto, el Cuidado debe ser centrado en las personas, equitativo y solidario. Para lograrlo, identifico metas inmediatas, intermedias y última del cuidado: desde el nacimiento hasta la vida adulta, se espera una ganancia gradual, de independencia y autonomía (metas inmediatas), que son capacidades necesarias para conocer y entender el mundo, disfrutar la vida y poder decidir (metas intermedias), amplío esta capacidad de decisión a darle el sentido a la propia vida, a la elección libre de la vida que se decida vivir (meta última).

Tales metas deberían mantenerse a lo largo de la vida para todas las personas y en condiciones de sostenibilidad. Respecto de la independencia vale señalar que me refiero fundamentalmente a una capacidad orientada a estar en el mundo sin dolor, sin restricciones físicas o en territorios donde estas restricciones no se conviertan en limitaciones inaceptables, y en el caso de la autonomía, la oriento hacia la toma de decisiones en los diferentes niveles de la vida a lo largo del curso de vida.

El Cuidado contribuye a la construcción de la identidad en tanto interacción con las personas significativas, por ello, todas las personas necesitamos cuidados y necesitamos cuidar.

Establezco con ello, la dimensión ética del Cuidado: debe ser equitativo, centrado en las personas y debe favorecer la vida digna mediante la consecución de las metas inmediatas, intermedias y última del cuidado. Implica por tanto valores de felicidad, justicia, libertad, solidaridad y altruismo.

2.2 Dimensión política

La dimensión política del Cuidado se genera al pensarlo como el pacto social que permita el desarrollo equitativo y sostenible para todas las personas en una sociedad. Es una praxis solidaria y altruista para la consecución de la felicidad y no solo la subsistencia, que permita también y, por tanto, revertir la tendencia individualista, destructora y de competencia que prevalece actualmente y que ha generado tantas injusticias.

El Cuidado es un elemento fundamental de la reproducción social, es un igualador de oportunidades y por lo tanto todos tenemos derecho a su disfrute de tal forma que logremos las metas que hemos definido en la dimensión ética.

2.3 Dimensión epistémica

Propongo que el Cuidado y los cuidados son categorías distintas. El propósito del Cuidado - y los cuidados - siempre es mejorar la condición de aquello a lo cual se dirige, un mejor determinado por el momento histórico. Es posible afirmar que se comporta como un sistema complejo. El Cuidado implicará la consecución del proyecto de vida valioso y sostenible, solo posible mediante la interacción de todos los elementos que le constituyen. Los cuidados estarán dirigidos a promover, proteger, satisfacer, mantener las capacidades. Los elementos y el funcionamiento del sistema complejo del Cuidado se exponen en el apartado cinco.

2.4 Dimensión económica

El Cuidado guarda una dimensión económica en tanto su vinculación al trabajo como posibilitadores de futuro y los cuidados en cuanto a su contribución a la reproducción y producción social y en este último sentido, con una tendencia a formar parte de la producción. Este cambio, se explica de forma importante con los cambios en los modos de producción que han determinado modos de vida que comprometen las unidades espacio-tiempo del Cuidado dada la prioridad del trabajo precarizado como forma de subsistencia en un sistema neoliberal que prioriza al individuo y la competencia a costa del tejido social. La dimensión económica de los cuidados ha demostrado su importancia en términos financieros y se plantea también, como nuevas formas de trabajo.

3. El Cuidado y los cuidados son categorías distintas

El Cuidado y los cuidados con categorías distintas e interdependientes.

El Cuidado se constituye como una categoría abstracta, filosófica, compleja y continente de los cuidados, su expresión más amplia se traduce en la vida digna mediante la continua construcción del proyecto de vida de forma sostenible. Se estructura por la sinergia de todos sus elementos, adopta una condición conceptual con expresiones generales, puede funcionar como una forma de acción considerada fundamental para la supervivencia y la convivencia de los seres humanos y, como una forma compleja de institución social.

Los cuidados son las manifestaciones del Cuidado expresado en prácticas concretas, atravesadas por la cultura, los valores, las creencias, la historia de vida, los afectos, el

amor, el poder, el conocimiento y los recursos, y toman por lo tanto formas diversas. Los cuidados comprenden tanto lo material como lo simbólico. La gama de cuidados es amplia, y comprende desde las acciones que requiere una persona en condición de dependencia absoluta hasta las necesarias para el ejercicio pleno de la independencia y la autonomía, así como aquellas dirigidas al cuidado del territorio y a los otros seres vivos. Pueden organizarse como subsistemas de cuidados.

Si reconocemos que todas las personas, desde el nacimiento y hasta la muerte necesitamos alguna forma de cuidados y que esta necesidad varía de acuerdo con la etapa de vida, la condición de salud, las expectativas y la cultura, entonces es importante identificar el momento de cada persona para caracterizar sus necesidades de cuidados e identificar los recursos humanos, materiales y simbólicos que deberán ser acordes con las necesidades para alcanzar la vida digna (darle el sentido valioso a la vida) en condiciones de sostenibilidad. Los cuidados implican una praxis -y no un mero acto instrumental- para que el Cuidado surja.

Por tanto, el *Cuidado* y los cuidados son categorías diferentes, pero universales -para la vida digna y sostenible- y particulares -conforme cada persona en su momento histórico-.

4. Caracterización del sistema complejo del Cuidado

El Cuidado da existencia. Implica el logro de la sinergia de los sistemas de cuidados y de la interacción con las condiciones, una existencia que además de la subsistencia consiga la realización del proyecto de vida valioso cuando se trata de las personas,

pues el Cuidado permite también la existencia no antropocéntrica, le es inherente la alteridad que mediante la dialéctica produce ipseidad.

Se caracteriza por una temporalidad construida por las experiencias por lo que, la unidad espacio-tiempo es un elemento indispensable; la temporalidad es continua y va más allá del momento histórico que se vive, guarda una relación particular con el futuro toda vez que el Cuidado permite imaginar el futuro y es mediante la imaginación que se anticipan las consecuencias de la presencia o falta de Cuidado.

El Cuidado está determinado socialmente por el momento histórico tanto porque la organización socioeconómica y política prevalente genera condiciones de vida como porque le determina valores y expectativas del rol social que se desempeña el cual constituye una parte importante del sentido del proyecto de vida valioso y, por tanto, lo afecta.

La existencia de la persona implica tanto el desarrollo de características inherentes a la corporalidad y a la espiritualidad como la pertenencia a su territorio en un momento histórico, su identidad. Solo en la sinergia y la conjunción de los tipos de cuidados respectivos -subsistemas de cuidados- puede darse el desarrollo integral y la integración y participación de la persona en su contexto de forma que pueda corresponder también al rol social que le permite implicarse en su sociedad a lo largo de la trayectoria de vida. Es, por tanto, un proceso dinámico y dialéctico que inicia desde las primeras etapas de vida pues es, mediante la atención adecuada de las necesidades básicas de supervivencia, de las necesidades de cariño, cercanía y acogimiento emocional, así como de la presentación del mundo y la presentación ante el mundo, que se sientan las bases de la persona que el recién nacido y el infante será (Winnicott, 1987). Implica, por tanto, el logro práctico toda vez que se visualiza la importancia del Cuidado para la vida que inicia.

La necesidad de la acción y la interacción para el desarrollo mental, la adquisición de conocimiento del infante hasta la adolescencia, y de manera importante, en la adquisición del lenguaje no solo como instrumento sino como significación del mundo (Piaget citado por García, 2000, p89), muestran la dialéctica de la vida con la que se

van construyendo la independencia, la autonomía, la capacidad de conocer, entender y disfrutar el mundo. La imaginación es otra capacidad indispensable para el Cuidado ya que permite pensar cómo puede ser la situación de ese otro (Warnock, 2002). Esas capacidades requieren, por tanto, cuidados de la corporalidad, del espíritu y de un territorio adecuado tanto física como socialmente y la presencia de figuras adultas significativas (Lancet, 2017; OPS, 2017).

La provisión de alguno de los sistemas de cuidados contribuirá, pero será insuficiente para la construcción de la persona -logro del Cuidado- que en sus pasos iniciales es independencia y autonomía. Es también en ese proceso que se construye la pertenencia, se adquieren los referentes culturales y puede empezar a imaginarse un futuro guiado inicialmente por las expectativas que la unidad de cuidados coloca sobre cada uno, pero después, a partir de las aspiraciones, las oportunidades y las decisiones con las que se va construyendo el proyecto de vida valioso.

A la vez, las figuras que cuidan solo pueden constituirse plenamente en su rol social por el acto de cuidar. Reconocer la responsabilidad para el Cuidado que cada persona tiene por pertenecer a una sociedad, es indispensable para la identidad, para el logro práctico, por ello, todas las personas necesitan cuidar.

La importancia de la figura adulta significativa -figura materna- es muy relevante en las primeras etapas del desarrollo hasta la adolescencia pues otorga el reconocimiento para el Cuidado, después debe encontrar traducciones en los otros espacios de cuidados como el territorio, las escuelas, las instituciones, el trabajo, mediante el actuar de quienes prestan cuidados, actuar que también les constituye al dar sentido a su quehacer. Vamos así interactuando conforme nuestros roles y construyéndonos intersubjetivamente, el matiz del Cuidado es construir una ipseidad (por lo mismo) que implica en mi existencia la presencia del otro, en contraste con la mismidad (lo mismo) (Ayres, 2002) y en espacios más amplios, es el reconocimiento de la persona en su diversidad a lo largo de la trayectoria de vida como un elemento central para generar cuidados y condiciones para cuidar que se traduzcan en la consecución del proyecto de vida valioso que no solo es mío sino es construido con y por la presencia de otros,

la existencia que se sostiene en la mirada el otro, donde las oportunidades del territorio favorezcan la libertad verdadera y la igualdad que el Cuidado confiere.

5. Elementos del sistema complejo del Cuidado (SCC)

Propongo que el Cuidado se comporta como un sistema complejo (Fig. 1), es decir, se trata de una totalidad formada por subsistemas y elementos semiautónomos e interdependientes, cuya organización está influida por condiciones de contorno y cuya evolución se da por reorganizaciones sucesivas. El funcionamiento del sistema produce Cuidado entendido como el logro del proyecto de vida valioso y sostenible, ese es su propósito.

El sistema complejo del Cuidado está conformado por los siguientes elementos: 5.1 Subsistemas -unidad de cuidados, salud, educación, trabajo, seguridad social y el territorio-; 5.2 Condiciones de contorno -políticas públicas, condiciones de para cuidar y el rol social-; 5.3 Condiciones de continuidad -el propósito de logro del Cuidado, las necesidades de cuidados, la experiencia como elemento de la construcción de la temporalidad de la historia de vida y la unidad espacio-tiempo-; y 5.4 El funcionamiento.

5.1 Subsistemas del SCC

El subsistema es relativo a una totalidad mayor que lo contiene, está constituido por elementos con mayor grado de interconexión entre sí que con los demás y pueden funcionar como subtotalidades articuladas por relaciones cuyo conjunto constituye la estructura del nivel. Interesan sobre todo las relaciones entre los subsistemas más que las relaciones internas, para explicar al sistema (García, 2000, p76, García, 2006, p124). Propongo los siguientes subsistemas del Cuidado:

Unidad de cuidados. La defino como las personas involucradas en la provisión de cuidados mediante acciones directas o mediante acciones que generan condiciones para cuidar. La he llamado así porque no siempre corresponde solo a la familia nuclear ni a la díada persona cuidada-persona que cuida y aunque toma formas distintas - como el apoyo de vecinos o amigos-, constituye una unidad. Considero incluso, dentro de esta categoría, al equipo que presta cuidados en las unidades de atención a la salud o de asistencia social. Eso es así porque a pesar de las diferencias, las unidades de cuidados comparten patrones o rasgos que ayudan a comprender la complejidad de los cuidados. Toda unidad de cuidados se organiza en función de las necesidades de cuidados, de las condiciones para cuidar y de los roles. Cada persona que participa es también una unidad de cuidados e incluso un sistema de cuidados. En todas las unidades de cuidados se espera que se consiga el logro del Cuidado. Ello implica que realicen una praxis.

Salud. La salud influye importantemente en los diferentes niveles de la realidad. En primera instancia, en la independencia pues la salud corporal es uno de sus principales determinantes. También influye en la autonomía ya que las capacidades mentales y psicológicas son necesarias para imaginar y decidir. La figura materna que cuida y atiende al recién nacido y al infante favorece la formación del verdadero self. Cuando ello no ocurre, se forma un falso self impactando negativamente en la salud mental del futuro adulto (Winicott,1987).

La salud tiene una incidencia de gran magnitud en la generación de necesidades de cuidados: a) con discursos biomédicos que en el último siglo enfatizan el acto curativo

mediante el éxito técnico sobre la racionalidad práctica (Ayres, 2008), b) estrechando la normalidad al contribuir a ideales de corporalidad poco realizables para la mayoría de las personas, c) dejando de lado otras funciones de la atención a la salud como el acompañamiento (Lolas, 2001) cuando en ocasiones la enfermedad ha de asumirse como un modo de andar la vida (Canguilhem, 1998), y d) evitando la muerte como parte inherente de la vida. Tales discursos normativos además de abonar a las necesidades de cuidados -mediante el aumento de las necesidades prevenibles- disminuyen la autonomía de las personas cuando no les permiten decidir fuera de sus expectativas como puede ser, no la decisión de continuar o no un tratamiento sino de siquiera iniciarlo, la ausencia de directrices anticipadas, la decisión, en casos particulares, sobre la propia muerte que es, al final, decisión del proyecto de vida de toda persona.

El subsistema de salud incide en las necesidades sea en el aumento, resolución o prevención, también mediante sus políticas públicas y el rendimiento de los sistemas de salud. La falta de capacidad resolutoria de los servicios de salud y la restricción en el acceso aumentan las necesidades de cuidados en salud por las complicaciones que pueden generarse y porque delegan los cuidados a las personas y sus familias. Las políticas focalizadas aumentan este efecto. El efecto negativo puede trascender a las generaciones siguientes en varias dimensiones de la vida (Centro de estudios Espinosa Yglesias, 2018).

Por el contrario, el acceso universal a la salud, la satisfacción de las acciones en salud desde la promoción hasta la rehabilitación y la habilitación, se constituyen en pilares resolutorios de las necesidades de cuidados. Debe consolidarse, por tanto, en un logro práctico.

Educación. Es un subsistema porque incluye tanto el proceso formativo instruccional en las escuelas como diferentes procesos que se dan en otros espacios y ayudan a la formación de la persona ya que implican la transmisión de valores y cultura como la presentación y conocimiento del mundo y también de sí mismo, y que se esperaba, ayudara al desarrollo en su acepción amplia incluido el espíritu ya que, también a

través de él, miramos el mundo (Morin, 2004). En ese curso de pensamiento, la educación representa un elemento fundamental en la construcción de la persona y el inicio de la *curaduría* para la construcción del proyecto de vida, además de sentar las bases para la incursión al trabajo en la vida adulta. Sus prácticas también deben rebasar el acto instrumental para constituirse en logro práctico.

Es en esta acepción amplia e integral que da el vínculo del subsistema Educación con el Cuidado.

Trabajo. Se constituye un subsistema del Cuidado por diferentes formas de vinculación que inciden importantemente en la autonomía, en las condiciones para cuidar y en las necesidades de cuidados. Una, porque tanto el trabajo como el Cuidado favorecen la existencia humana y permiten pensar en el futuro. El trabajo es la humanización de la naturaleza y permite pensar en el futuro (Kosík, 1967) y el Cuidado es la vuelta de lo humano a su papel en un ecosistema para un proyecto de vida sostenible. Ambos requieren de acciones, conocimiento, energía y transforman (Addati, Cattaneo, Esquivel y Valarino, 2018; INMujeres-ONUMujeres, 2013). En ese sentido, ciertos cuidados pueden ser pensados como una forma de trabajo. Será conveniente mantener la diferencia de los cuidados que permiten el logro del Cuidado mediante la experiencia del Cuidado y aquello que pueda ser un trabajo remunerado toda vez que, por un lado, se corre el riesgo de monetizar todo tipo de cuidados perdiéndose las experiencias entre aquellos con quienes se construye la vida y por otro, en las condiciones actuales, el trabajo es cada vez menos, una posibilidad de imaginar un futuro. Sin embargo, también el trabajo de cuidados remunerado deberá asumir características de racionalidad práctica y rebasar el éxito técnico.

El otro sentido en que el trabajo puede ser considerado actualmente como un subsistema del Cuidado es porque influye importantemente en las condiciones para cuidar, sea porque ciertos empleos están vinculados (o no) a la satisfacción de otros derechos - la salud, la seguridad social o la educación - y por tanto, favorecen (o no), las condiciones para cuidar; como porque las exigencias de las condiciones y organización del trabajo obstruyen las posibilidades para cuidar a otros y para

cuidarse, sobre todo resalta la cooptación del tiempo y la dificultad para satisfacer incluso, las necesidades básicas, situación que se agrava ante la precarización del empleo y el aumento del desempleo y el subempleo. Tales exigencias se constituyen en obstáculos para cuidar y pueden aumentar las necesidades de cuidados.

En este contexto, al ser el trabajo la forma prácticamente exclusiva de subsistencia económica, las unidades de cuidados se organizan para atender también las necesidades de cuidados generando frecuentemente una división entre quienes se incorporan al trabajo y quienes asumen los cuidados. Ello genera que quien trabaja en actividades diferentes a los cuidados no tenga oportunidad de cuidar ni de cuidarse y que quien asume los cuidados no pueda incorporarse -o no adecuadamente- a una actividad remunerada, y en ambos casos, aunque con matices diferentes, a la satisfacción de otros derechos como la educación o la salud. Estas condiciones tienen efectos acumulativos a lo largo de la trayectoria de vida y una manifestación agudizada en la vejez aumentando las necesidades de cuidados.

Seguridad social. Es un subsistema dado que se refiere a la protección en cuanto a la jubilación, invalidez y enfermedad -categorías muy utilizadas en la argumentación de las políticas de cuidados-, así como a la protección de la familia en caso de fallecimiento de la persona trabajadora. Sin embargo, la seguridad social no es homogénea ni universal, está vinculada al empleo formal generando desigualdades que tienen impacto transgeneracional (Centro de Estudios Espinosa Yglesias, 2018).

Territorio. El entorno hace referencia general al espacio donde las personas realizan su vida y es una categoría más utilizada, aunque aséptica, y el territorio implica aspectos culturales, históricos y la complejidad inherente. Si asumimos, como propongo, que en el centro del Cuidado está la persona y la consecución de las metas para la satisfacción del proyecto de vida, el territorio debe reunir características físicas y sociales que contribuyan a tal propósito. En las características físicas tenemos en cuenta la infraestructura, la geografía; en las sociales, las personas, redes de apoyo, instituciones, la seguridad, las leyes, los servicios, etc.; todas influyen en la necesidad de cuidados. En ese curso de pensamiento, la corporalidad que se vincula

directamente con la independencia toma una variedad que se refleja en la diversidad funcional (Romañach y Lobato, 2007) y, por lo tanto, la infraestructura del territorio debe planificarse para atender a esa diversidad, de esta forma, se está reconociendo a la persona independientemente de su corporalidad. La corporalidad de cualquiera requiere también de espacios seguros.

Ahora bien, en el caso de la autonomía vinculada directamente a la condición de persona, el reconocimiento debe reflejarse en las garantías (Ferrajoli, 2004) y en las oportunidades sustantivas (Sen, 1999) en el espacio social que le permitan decidir en verdadera libertad a lo largo de la vida, la construcción de su proyecto de vida. Tales garantías y oportunidades sustantivas traducidas (o no) en características del territorio marcan diferencias que pueden constituirse en desigualdades injustas pues influyen importantemente en el logro del Cuidado.

5.2 Condiciones de contorno

“Se trata de los flujos o interacciones que el sistema tiene con el exterior y que tienen una influencia suficiente para generar una reorganización del sistema. Es necesario recordar que el ‘recorte’ realizado por el investigador para delimitar el modelo implica tener en cuenta las interacciones con el exterior que permitan explicar al sistema complejo en su conjunto” (García, 2006, p 128).

Políticas públicas. Definidas como “un sistema de normas y prácticas emitidas por uno a varios actores públicos, es decir, expresando un programa de gobierno (o acción) formulado por autoridades públicas” (Almeida, 2006), por un lado, reflejan la acción gubernamental sobre los aspectos relevantes de la vida social y por otro, modelan la vida cotidiana a través de sus acciones y programas tanto porque generan ciertas condiciones de vida como porque la experiencia de las personas en esos

contextos da forma a su vez, a la unidad de cuidados. Por ello, las políticas públicas pueden considerarse condiciones de contorno.

Estas políticas en países como los de América Latina están supeditadas a los organismos internacionales como lo fueron las políticas de control natal exigidas por el Banco Mundial en el siglo anterior (Almeida, 2006) y que modificaron el perfil demográfico de los países. Elemento que explica importantemente, aunque no exclusivamente, el envejecimiento poblacional que es hoy, uno de los argumentos en el aumento de las necesidades de cuidados. Otro efecto importante es el cambio en las estructuras familiares siendo familias cada vez menos numerosas por la disminución de la tasa de fertilidad y por los efectos de las migraciones.

En el campo de la salud (Almeida, 2006; Uribe y Abrantes, 2013; Tepichi, 2010), la tendencia fueron las políticas que favorecieran el rendimiento de los servicios de salud, la disminución del gasto por parte del Estado y la descentralización lo que dio pie a políticas y programas que priorizaron y, por tanto, restringieron las acciones a la atención curativa de los padecimientos más relevantes epidemiológicamente y con especial cobertura de los grupos considerados vulnerables. De esta forma, la medicina especializada ganó un mayor espacio a costa de dejar de lado el actuar en la mejora de las condiciones de vida como sustrato de la salud mediante la promoción de la salud, la prevención y el vínculo con otros derechos; y centrarse de forma focalizada en las enfermedades prioritarias en los grupos prioritarios. Ello resultó en un aumento importante de enfermedades crónicas y discapacitantes que requieren a su vez, más cuidados.

En el campo de la educación, la necesidad de las empresas de mano de obra calificada impulsó a políticas para la educación instrumental. En el caso del trabajo, las políticas que han favorecido el *outsourcing* y el aumento tan importante en la generación de empleos temporales en condiciones precarias disminuyen las posibilidades de condiciones para cuidar. Particularmente, cuando la propuesta en el siglo pasado del progreso del empleo formal condicionó al mismo, el acceso a la satisfacción de otros derechos como la salud, la seguridad social, la vivienda o la educación.

También, la ausencia de políticas públicas en aspectos fundamentales como el medio ambiente que han tenido como consecuencia la precarización del territorio por explotación desmedida de los recursos naturales, contaminación, mala planeación de ciudades, aumento de la inseguridad, entre otras. La falta de regulación de las prácticas de mercado que, en el caso de la alimentación, por ejemplo, han transformado las formas de producción agrícola y ha ido sustituyendo la oferta de alimentos frescos por alimentos ultraprocesados con consecuencias negativas en la salud. O bien, los tiempos excesivamente prolongados entre los hogares y las escuelas y lugares de trabajo. Sin ser un análisis exhaustivo, los ejemplos mostrados dan cuenta del efecto de las políticas públicas en el sistema complejo del Cuidado toda vez que permean las necesidades de cuidados y las condiciones para cuidar.

Condiciones para cuidar. Se requieren condiciones adecuadas en todos los casos para que los cuidados permitan no solo la subsistencia sino la vida digna mediante el logro del Cuidado. Entre las condiciones adecuadas consideramos los recursos materiales —sean propios, del Estado o del mercado— y las características físicas y sociales del territorio de las personas.

En la categoría de condiciones también incluimos a las condiciones propias de la **unidad de cuidado** como aquellas disponibles —ya sea a través del mercado por capacidad de pago o a través del Estado (en forma de derechos o programas públicos)— y que pueden ser accesibles o no, y resolutivos o no, de los cuidados. La categoría de condiciones para cuidar se expresa también en los cuidados profesionales cuando las instituciones cuentan o no con las características adecuadas para que el Cuidado surja, es decir, favorezca el logro práctico y genere, por tanto, beneficio para quien recibe y para quien brinda.

Rol social. Está dado por las expectativas, atribuciones y valores otorgados a una persona según el momento histórico conforme género, clase, ideología, el lugar que se ocupa en la familia y en la historia familiar, en la unidad de cuidados, la trayectoria de vida y que pueden generar relaciones asimétricas de poder que se convierten en dominio. Conforme el rol social, se confieren responsabilidades que se espera sean

cumplidas. Según Foucault (Foucault, 2003) el cuidado de sí, -y por tanto el logro de la persona- consiste en la satisfacción de las responsabilidades y deberes en función del otro y del lugar que ocupo en la sociedad; es el ejercicio ascético “no el sentido de una moral de la renuncia, sino el de un ejercicio de sí sobre sí por el cual uno intenta elaborarse, transformarse y acceder a un determinado modo de ser” (Foucault, 1984, p 394). Si bien Foucault desarrolla esta reflexión sobre todo respecto del monarca quien tiene un deber con su pueblo obligándole a postergar o evitar decisiones que le aparten de lo que debe cumplir según las atribuciones que le son conferidas, lo problematiza precisamente, como el cuidado de la persona. El cuidado de sí es el cumplimiento de tales responsabilidades. Por tanto, todos tenemos una responsabilidad conforme el rol social y que como tal, se da en la presencia del otro. La dialéctica de la alteridad permite entenderme en ese otro y con ese otro para corresponder, es una intersubjetividad que produce ipseidad. La presencia del otro que es resistencia y en tanto tal, me construyo (Ayres, 2001).

Cuando no se cumplen esas responsabilidades las personas están incompletas en su rol social, por ello quien no cuida (sea por decisión o por condición) no logra plenitud, y esto es tanto en los vínculos personales como técnicos o profesionales.

Pero también, al ser dialéctico, quien requiere cuidados y no los recibe de forma adecuada está incompleto no solo por la falta del éxito técnico (efecto instrumental) de los cuidados sino porque no hay la mirada que le construya y le sitúe como existente en este mundo. No tiene reconocimiento (Reis, Menezes, Freitas, Pedreira, Freitas y Pires, 2019).

Puede plantearse también una interrupción biográfica (Goffman citado en Arroyo, Riberiro, y Mancinas, 2011) ante una modificación negativa del rol social sea por eventos que modifican la trayectoria de vida: enfermedad, discapacidad, jubilación, divorcio, desempleo, muerte, entre otros, y que modifica las necesidades de cuidados. Es una interrupción biográfica porque modifica el proyecto de vida y no se logra asumir ni compensar el nuevo rol generando un aumento en las necesidades de cuidados.

De hecho, quien demanda o exige cuidados que rebasan la capacidad del otro, falta también a su rol social en tanto deja de lado el Cuidado que le merece ese otro y que tiene que ver, sobre todo, con la decisión (ejercicio de autonomía) de no exigirle o demandarle más, o no permitir que lo haga.

Se requiere asumir el nuevo rol, la nueva condición para desde ahí, cuidarse y cuidar.

El género es uno de los aspectos más importantes en la delimitación del rol social pues las atribuciones de la sociedad según se es hombre o mujer suelen condicionar muchas de las decisiones a lo largo de la vida, así como favorecer u obstaculizar el desarrollo.

En la modernidad -pues en épocas anteriores en sociedades indígenas era diferente, lo público y privado se complementaban (Segato, 2011)-, con su binarismo, el espacio público suele ser asignado a los hombres y el privado, a las mujeres generando un efecto de desigualdad entre mujeres y hombres respecto del Cuidado y otros aspectos de vida.

En el caso de las mujeres, el hecho de que los cuidados acontezcan principalmente en el espacio privado y de que hay una percepción de que el cuidado o ciertos atributos vinculados son características fundamentalmente femeninas, les son delegadas las tareas de cuidados. Ello permite a las mujeres las experiencias de cuidados que construyen una temporalidad y por tanto una historia con quienes cuidan y que en ocasiones es uno de los elementos que les permite seguir perteneciendo a la historia familiar en la etapa de la vejez. En contrapartida, la menor participación en espacios públicos como pudiera considerarse el trabajo o la educación impide la realización de otras esferas del proyecto de vida valioso escogido libremente, por tanto, el Cuidado no se realiza. La expresión negativa extrema de ello es la responsabilidad casi exclusiva de las mujeres en la realización de actividades de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados a la que a veces suman su participación en actividades en espacios públicos sin la participación equitativa de los varones en las tareas de cuidados y con pocas posibilidades del disfrute de otros derechos incluido el cuidarse.

En el caso de los hombres, las asignaciones de género les imponen un rol de proveedor competente y competitivo en los espacios públicos para contribuir a las condiciones adecuadas para cuidar mediante diversas formas de trabajo y que con frecuencia son un obstáculo en su derecho a cuidar y a cuidarse pues pierden oportunidades de experiencias de cuidados que les permitan tejer las historias de vida para mantener, después de la jubilación, una pertenencia en su unidad de cuidados a la que proveyeron. En algunos casos también, porque no les es permitido pensarse, vivirse con necesidad de cuidados.

Otro elemento del rol social que influye en el Cuidado es la etapa de vida pues frecuentemente impacta negativamente tanto en los menores de edad como en los ancianos dado que sus necesidades de cuidados para el logro del Cuidado no son satisfechas dada la característica adultocéntrica y de exigencia de la sociedad actual. Siendo que, de hecho, niñas, niños, adolescentes y ancianos, participan activa y frecuentemente en los cuidados.

5.3 Condiciones de continuidad

“Es la presuposición de elementos o fenómenos o procesos que persisten en el tiempo con interrelaciones que pueden ser cambiantes, pero mantiene una continuidad que nos permiten referirnos a ellos como cambios en un mismo sistema” (García, 2000, p 80).

Propósito del Cuidado. Señalo que el propósito del Cuidado es el logro de proyectos de vida de personas interdependientes, con nombre y con historia, con relaciones, proyectos sostenibles considerando incluso a las generaciones futuras conforme la dimensión ética del Cuidado.

Por tanto, el Cuidado y los cuidados siempre tienen una orientación a la mejora de la condición de quien o de lo que se cuida, esta es una característica constitutiva de ellos. En el caso de las personas, los **objetivos** de los cuidados son proteger, mantener, recuperar y promover sus capacidades (Fig. 2) pues son necesarios para el desarrollo pleno de todas las personas y no solo para la subsistencia, están vinculados por tanto con la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la construcción de identidad, la curaduría para construir el proyecto de vida.

Señalo así, cuidados que amplían el horizonte de bienestar para todas las personas son universales, particulares y benéficos. Son universales porque a lo largo de la trayectoria de vida, todos necesitamos cuidados, particulares porque serán en función de las características y contextos de cada persona. Es la persona lo que está al centro del Cuidado. Al estar orientados en el sentido del logro, se convierten en una praxis, distanciándose del mero acto instrumental (Ayres, 2008). Requieren la ruptura de la mirada adultocéntrica y antropocéntrica.

La consecución de las metas del Cuidado a lo largo de la trayectoria de vida para el logro del proyecto de vida -propósito del Cuidado- es un proceso continuo que sostiene al Cuidado a través de la trayectoria de vida, de las generaciones y de la historia, es decir, en la temporalidad que caracteriza al Cuidado toda vez que es en la experiencia de cuidar que se teje la historia de vida y el proyecto de vida valioso, toma sentido.

Necesidades de cuidados. Están determinadas por las características de la persona -salud, economía, educación, rol social, entre otras- y su distancia con respecto a las metas del Cuidado. El rol social que le es conferido y el que asume la propia persona puede ser tan demandante que aumenta excesivamente las necesidades de cuidados como ocurre en la actualidad con la *normalidad estrecha* connotada por la perfecta salud, la felicidad, el rendimiento y la competencia, un estatus poco realizable. El discurso biomédico juega un papel importante, pues en su afán curativo y disciplinar, aumenta las necesidades de cuidados olvidando su papel de acompañamiento (Lolas, 2001) y el logro práctico en el proyecto de vida de la persona (Ayres, 2009) y de su unidad de cuidados.

Dado que alrededor de las necesidades de cuidados se organiza el sistema complejo del Cuidado y en una unidad de cuidados pueden confluír varias personas, todas ellas con necesidades de cuidados específicos, es indispensable avanzar en el análisis de la determinación de esta categoría para diferenciar las necesidades reales, las creadas y las prevenibles.

Las necesidades de cuidados son también el resultado de la interacción con el territorio toda vez que las características del mismo aumentan o disminuyen las necesidades de cuidados como ocurre cuando, por ejemplo, la planeación de la infraestructura considera la diversidad funcional y por tanto, las personas con alguna estructura corporal específica pueden mantener la independencia, pero ocurre también con aspectos sociales cuando se trata de un territorio con condiciones de seguridad y solidaridad donde las personas de cualquier edad también ejercen su independencia. Finalmente, la característica social del reconocimiento -no solo legal- en el ejercicio de la autonomía aumenta la libertad. En todos los casos anteriores, las necesidades de cuidados disminuyen y, por tanto, la condición de dependencia puede incluso desaparecer, así como la necesidad de una persona cuidadora. Es evidente la importancia de diferenciar y evitar las necesidades creadas -por ejemplo, por los estereotipos- y las necesidades prevenibles -originadas por falta de satisfacción de derechos como la salud, el trabajo decente, etc.-

Por tanto, la condición de persona debe prevalecer en el centro del Cuidado para que las diferencias sean características que nos distinguen, pero que no discriminen ni generen injusticias en el acceso a las oportunidades sustantivas para los proyectos de vida.

Puede verse que las necesidades de cuidados conforman una categoría dinámica, resultado de una interacción con las condiciones y las características de las personas en los diferentes momentos de la trayectoria de vida en un momento histórico dado. Y son condición de continuidad dada su inherencia a la existencia.

Experiencia que construye la temporalidad. Es en el acto de cuidar que la historia de vida se va tejiendo. Es una experiencia dialéctica, intersubjetiva, tanto al cuidar

como al ser cuidada, la persona existe pues su rol social tiene sentido y se performa; se logra la pertenencia en un contexto y momento histórico para dar sentido al proyecto de vida valioso y sostenible. No obedece -no puede obedecer- por tanto, a patrones o mediciones homogéneas. En este curso de pensamiento es que los cuidados rebasan el nivel instrumental para constituirse en logro de la razón práctica para que las acciones tengan el sentido del proyecto de felicidad que ahí se construye (Ayres, 2009).

La experiencia del Cuidado que propongo no distingue si es realizado por un profesional o no pues el profesional también tiene un rol social que le es conferido y una necesidad de cumplirlo como parte de su propio proyecto de vida. Aún más, implica las acciones que cada persona dirige a sí misma. Y el cuidar, hace parte del cuidado de sí, del proyecto de vida valioso y sostenible.

Unidad espacio-tiempo. Hago referencia a la conjunción de un lugar y un período donde se realice la experiencia de cuidar. No basta el lugar, no basta el tiempo, no basta el acto instrumental o técnico. Es necesario un lugar con las características necesarias para cuidar, un espacio de tiempo suficiente que favorezcan una praxis que con actitud cuidadora contribuya al proyecto de vida. Incluso, ese espacio-tiempo es pertinente para imaginar el futuro, el propio y el de los demás, para pensar el proyecto valioso y para pensarse en el presente; reflexiones indispensables para el logro del Cuidado.

El espacio-tiempo es aplicable tanto para los cuidados que se prestan en los hogares como para los cuidados profesionales en unidades de atención. Es probablemente, una de las categorías más comprometidas por los modos de vida actuales, por la precarización del territorio y del tiempo propio. Su dilución afecta importantemente la experiencia del Cuidado y, por tanto, su logro práctico.

METAS EN LA TRAYECTORIA DE VIDA

INDEPENDENCIA
AUTONOMÍA

CONOCER, ENTENDER,
DISFRUTAR EL MUNDO

DECIDIR EL PROYECTO DE VIDA
VALIOSO Y SOSTENIBLE

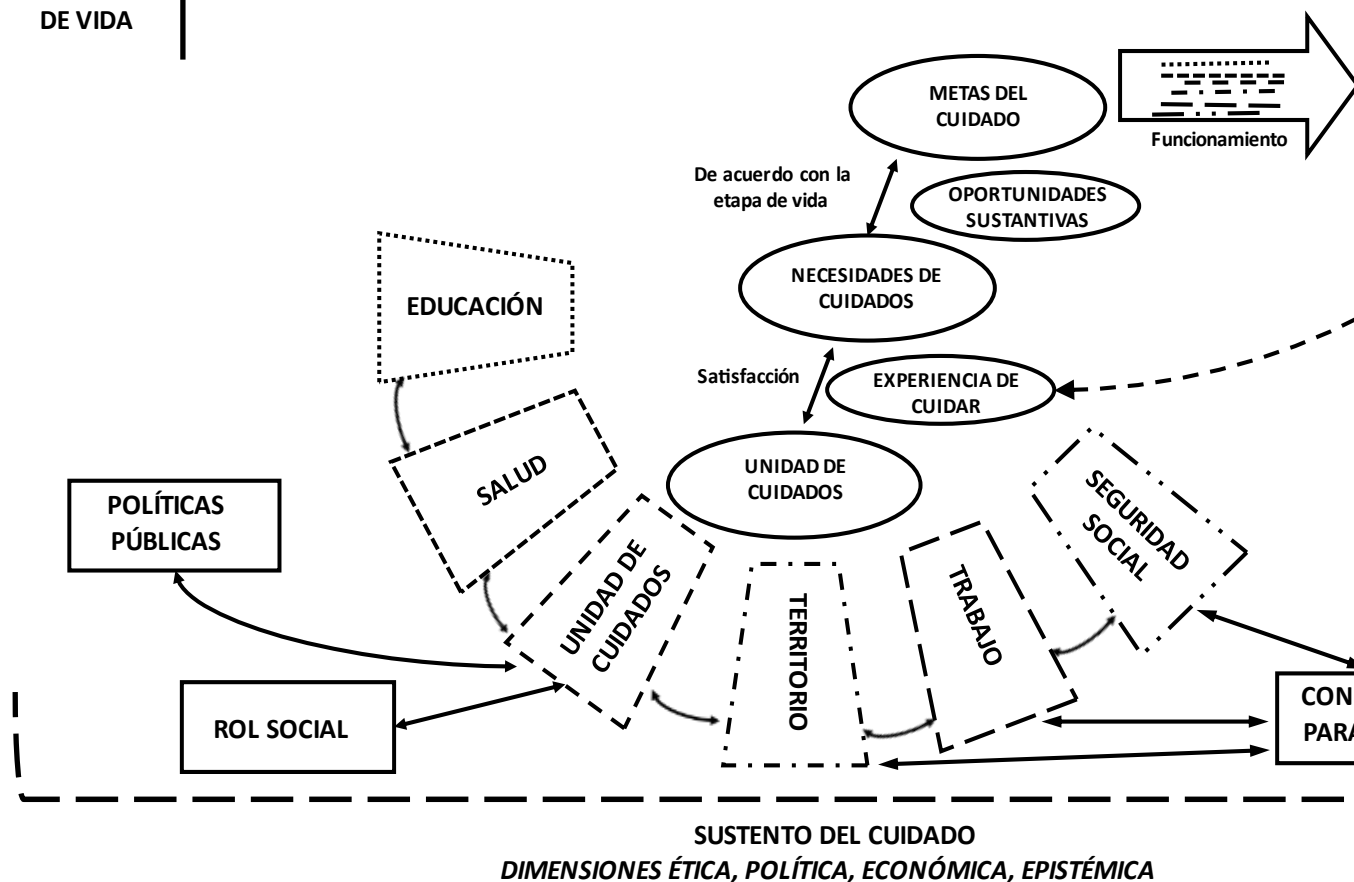
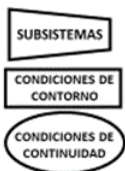


Figura 1. Modelo de sistema complejo del Cuidado. Elaboración propia

La figura representa el funcionamiento del sistema complejo del Cuidado donde las flechas representan las interacciones. En el diagrama solo se han representado algunas de las interacciones, pero conforme su naturaleza, las interacciones ocurren en diferentes niveles entre los componentes. Las políticas públicas, por ejemplo, afectan a todos los subsistemas. La flecha que une a las metas del Cuidado contiene los cuidados de los diferentes subsistemas representando la necesidad de su sinergia. La línea que muestra la consecución del proyecto valioso y sostenible es diferente para demostrar que es en el acto del Cuidado -de la forma que lo hace posible- de la vida se construye y solo así, surge el Cuidado. Las metas deben procurarse a lo largo de toda la trayectoria de vida, incluyendo una consecuencia de la vida digna. El sustento del Cuidado son las dimensiones ética, epistémica, económica y política.



5.4 Funcionamiento del SCC

“El funcionamiento es el conjunto de actividades del sistema como un todo y función, la contribución de cada elemento o subsistema al funcionamiento del sistema. A su vez, nuestro sistema, puede ser un subsistema de un sistema más amplio” (García, 2006, p97).

Dado que el propósito y por tanto el funcionamiento del Cuidado es el logro de proyectos de vida -condición de continuidad- de personas interdependientes, con nombre y con historia, con relaciones, proyectos sostenibles considerando incluso a las generaciones futuras, ya que es lo que el Cuidado —entendido éticamente— pone en el centro, es necesario reconocer que todas las personas necesitamos cuidados -condición de continuidad- desde el nacimiento hasta la muerte y que en todo momento, deberán estar orientados a la consecución de la vida digna y no solo a la subsistencia, por lo tanto, el Cuidado es universal y debe ser centrado en las personas, equitativo y solidario. La figura uno muestra los elementos del sistema complejo del Cuidado y sus interacciones.

Para lograrlo, propongo metas inmediatas, intermedias y última del cuidado: desde el nacimiento hasta la vida adulta, se espera una ganancia gradual, de independencia y autonomía (metas inmediatas), que son capacidades necesarias para conocer y entender el mundo, disfrutar la vida y poder decidir (metas intermedias), ampliamos esta capacidad de decisión a darle el sentido a la propia vida, a la elección libre de la vida que se decida vivir como proyecto valioso y sostenible (meta última). Tales metas deben mantenerse a lo largo de la vida para todas las personas de acuerdo con su etapa de vida y en condiciones de sostenibilidad.

Respecto de la independencia vale señalar que hago referencia fundamentalmente a una capacidad orientada a estar en el mundo sin dolor, sin restricciones físicas o en territorios en donde estas restricciones no se conviertan en limitaciones inaceptables, y en el caso de la autonomía, está orientada hacia la toma de decisiones en los diferentes niveles de la vida a lo largo del curso de vida e incluso, la decisión sobre la propia muerte como puede ocurrir mediante las directrices anticipadas. Ambas categorías son necesariamente construcciones dialécticas con el otro cuya presencia es la resistencia que también me conforma y con un territorio -físico y social- donde se interactúa con las oportunidades y obstáculos que presenta.

La figura dos muestra la trayectoria hipotética de la independencia y la autonomía esperada para una persona, donde existen momentos críticos para la consecución de estas metas. En el caso de la independencia son sobre todo las etapas de la niñez y la adolescencia las que marcarán la mayor ganancia y una vez obtenido el máximo nivel posible, la disminución en la etapa de la vejez debido a los cambios corporales debería ser mínima toda vez que se contara con un territorio adecuado a la diversidad funcional, lo que debería ocurrir de la misma forma para las personas con alguna discapacidad.

En cuanto a la autonomía -que se refiere a las decisiones sobre la propia vida- también significa un proceso de ganancia gradual, aunque más lento que la independencia. Es en la adolescencia, pero más intensamente en el paso a la edad adulta -y la ciudadanía en algunas sociedades- que logra su máxima expresión teniendo efectos en la esfera social y, por tanto, implicaciones jurídicas (Ferrajoli, 2004). En tanto tal, requiere en toda su evolución, un reconocimiento por parte del contexto donde la persona se desenvuelve. Esta capacidad, no debe perderse toda vez que mecanismos como la tutela o las directrices anticipadas permiten su protección.

Como fenómeno complejo, el Cuidado se explica por la interacción de sus componentes: la independencia y la autonomía son resultado de la interacción de las características de las personas, sus necesidades de cuidados, del territorio y de las condiciones con que cuentan para cuidar, para cuidarse y para ser cuidado. Lo mismo

ocurre con las metas intermedias y últimas pues se requiere de oportunidades sustantivas en el entorno inmediato dentro del territorio y la satisfacción de los cuidados para ir construyendo el desarrollo que nos permita identificarnos en el mundo, pensar, conocer, imaginar y después, una curaduría que vaya construyendo el proyecto de vida valioso. Los subsistemas de salud, educación y territorio influyen importantemente en la independencia y la autonomía; también, y en interacción con el subsistema de trabajo, en la generación de oportunidades sustantivas para la consecución de las metas intermedias y última.

Dado que se centra en cada persona, puede afirmarse que cada persona representa un sistema de cuidados y cuando pertenecen al mismo núcleo cada uno puede ser considerado un subsistema que interactúa con los otros y conforman una unidad de cuidados que, en un equilibrio dinámico, debe permitir el proyecto de vida valioso para cada una en una interdependencia que también da sentido y pertenencia.

Los momentos críticos por etapa de vida, por un acontecimiento como la enfermedad, la muerte, un accidente, la pérdida del empleo, la jubilación y cualquier circunstancia que altere las necesidades de cuidados o las condiciones de cuidar imprimirá una presión que obligará a ese sistema a reorganizarse pudiendo tener un efecto de un nuevo equilibrio que mantenga el Cuidado o bien, una reorganización a costa del bienestar de uno o más integrantes de la unidad de cuidados. En ello, el rol social - género, posición familiar, posición de poder, entre otros-, la condiciones para cuidar con las que cuenta la unidad de cuidados y las políticas públicas -como determinantes de la mayoría de las condiciones para cuidar por influencia en los subsistemas de trabajo, salud y territorio-, limitan importantemente la forma de reorganización de la unidad de cuidados y por tanto su capacidad para satisfacer el proyecto de vida valioso de cada integrante en forma sostenible, o por el contrario, en el detrimento del Cuidado.

Puede afirmarse entonces que la injusticia en el disfrute de los cuidados se debe a las condiciones inadecuadas y al aumento de las necesidades de cuidados -ya sea porque se genera una necesidad prevenible de cuidados secundaria a la falta de acceso a la salud, al trabajo o a la seguridad social o por un territorio de riesgos; así como por las

necesidades creadas a partir de una normalidad estrecha-. Toda vez que el Cuidado favorece la vida digna mediante la consecución de las metas e implica, por tanto, valores de felicidad, justicia, libertad, solidaridad y altruismo.

Proyectos de vida de personas interdependientes, con nombre y con historia, con relaciones, proyectos sustentables considerando incluso a las generaciones futuras, es lo que el Cuidado —entendido éticamente— coloca en el centro.

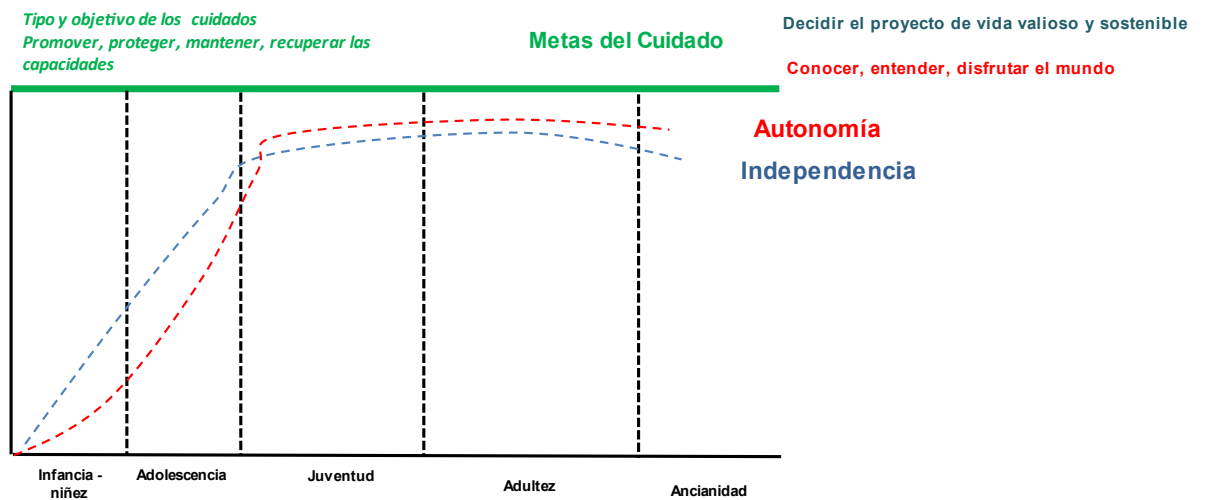


Figura 2. Metas y objetivos del Cuidado a lo largo de la vida. Elaboración propia

Cabe preguntarse, ¿cómo es que el Cuidado continúa ante tales embates?

Los aspectos estructurales de continuidad del Cuidado se encuentran en: a) su propósito toda vez que es un anhelo, una aspiración que da sentido a la vida, al espíritu -categoría olvidada por la ciencia moderna- y, por tanto, constituye un aspecto fundamental de las personas; b) las necesidades de cuidados ya que son inherentes

a la vida; c) la experiencia que construye la temporalidad, la historia de vida, la dialéctica de la alteridad que construye la ipseidad, es en ese encuentro que el Cuidado se da para quien proporciona y para quien recibe; y finalmente, d) la unidad espacio-tiempo indispensable para que la experiencia del cuidado acontezca.

La experiencia del Cuidado es la existencia misma y la construcción del sentido de vida, sin el ejercicio del Cuidado es imposible pensar la subsistencia y el logro de la persona a través de su proyecto de vida y, por tanto, de las generaciones y la historia misma. Es imposible pensar la vida sin cuidar. Por ello, la unidad espacio-tiempo es también vital. Sin embargo, son estas dos últimas categorías las que están en mayor riesgo ante los modos de vida actuales.

En seguida, se muestran la tipología analítica (Ríos-Cázares y López-Moreno, 2018) que permite una mejor comprensión en el nivel de la interacción de las necesidades de cuidados y las condiciones para cuidar que guarda su propia complejidad, pero siempre en relación con lo expuesto previamente toda vez que son elementos del sistema complejo del Cuidado. La identificación de los elementos y los efectos de sus interacciones -que constituyen propiamente la estructura- además de lograr una mayor comprensión permiten la identificación de las características de los cuidados que requieren mayor apoyo, de tal forma que sean protegidos por el Estado entre otros elementos determinantes del Cuidado. Distingo entonces, la complejidad, magnitud, tipo de acción, temporalidad, efecto, condiciones, unidad de cuidados.

La **complejidad de los cuidados** está determinada por una interacción entre la *magnitud* de la necesidad de cuidados (tipo de acciones de cuidados y la temporalidad) y las *condiciones* en que se prestan (recursos materiales y humanos del territorio social y físico), y que causan un cierto **efecto** (resultado en las metas).

A continuación, explico cada componente de la complejidad y los elementos de los componentes.

La **magnitud** de la necesidad de cuidados está dada por **el tipo de acción requerida y la temporalidad**.

Para el **tipo de acción requerida**, propongo tres variantes, con base en:

- Si se trata de una *acción sencilla o no especializada*, es decir, que no implica habilidades técnicas,
- Si se trata de una acción especializada que implica habilidades técnicas y,
- Cuál es el *propósito* de la acción —mantener la salud o el soporte de la vida diaria, o ambos.

De esta manera, las categorías del *tipo de acción requerida* son:

- a) Acción menor (m): Aquella no especializada dirigida a la salud o al soporte de la vida diaria
- b) Acción intermedia (I): Aquella no especializada dirigida a la salud y al soporte de la vida diaria. O bien, acción especializada dirigida a la salud o al soporte de la vida diaria
- c) Acción mayor (M): Aquella especializada dirigida a la salud y al soporte de la vida diaria

Con respecto a la **temporalidad**, considero la *frecuencia* con que se requiere la acción —sea esporádica, periódica o continua— y la *duración del período* en el que se requiere —corto, mediano o largo—. De la combinación de esas posibilidades, propongo cuatro categorías de temporalidad:

- I. Acciones esporádicas por un periodo corto, mediano o largo.
Acción periódica por un período corto.
Acción continua por un período corto.
- II. Acciones periódicas por un período mediano.
- III. Acciones periódicas por un período largo
Acciones continuas por un período mediano
- IV. Acciones continuas por un período largo

Finalmente, el **efecto** es la consecuencia en la unidad de cuidados y está determinado por la complejidad de cuidados, las condiciones en las cuales se prestan los cuidados

y las propias características de la unidad de cuidados. Este efecto puede ser de adaptación (A) es decir, se generan cambios que son tolerados por la unidad sin afectar su estructura o bien, de afectación (B) cuando los cambios alteran la estructura —el trabajo, la educación, la economía o la salud— de quien requiere o de quien proporciona cuidados. Es así porque en los sistemas complejos la estructura se da por la interacción entre sus elementos, por tanto, en la estructura me refiero a los efectos en los proyectos de vida de la unidad de cuidados, es decir, en la funcionalidad del sistema.

Para una misma complejidad de cuidados, las condiciones para cuidar generan efectos positivos o negativos. Cuando son deficientes, pueden convertir a los cuidados en una carga y comprometer la consecución de los objetivos y metas del cuidado tanto para los quien recibe como para quien los proporciona. Por el contrario, cuando las condiciones son adecuadas, se logran los objetivos y metas para quien recibe y para quien proporciona cuidados.

Con todo lo anterior, se evidencia que la complejidad de las necesidades de cuidados y las condiciones generan un tipo de demanda de cuidados. Por sencilla que sea la necesidad, si las condiciones son inadecuadas, se torna en una demanda de trabajo de cuidados alta y desproporcionada para quien los brinda. Es decir, la misma demanda tiene efectos muy diferentes en función de la capacidad de respuesta de la unidad de cuidados. Inicialmente puede existir un proceso de adaptación, pero si la demanda se mantiene o aumenta, ocurren afectaciones a la salud física y mental, a la capacidad laboral y a las posibilidades de desarrollo de la persona que cuida o incluso de la red de apoyo en su conjunto, disminuyendo la calidad de los cuidados para la(s) persona(s) que los requiere(n) y también de quien(es) los presta(n). Tal demanda en ocasiones implica una alta habilidad técnica. Tal asignación inequitativa de trabajo de cuidados se convierte en una carga de cuidados.

Las condiciones de vida -precarias actualmente- y los roles en la sociedad, actúan como condiciones de contorno del sistema complejo del Cuidado, que son elementos externos al sistema, pero que interactúan con él con un efecto tan importante, que

generan un reacomodo de la estructura de los subsistemas. En la actualidad existe una naturalización de la satisfacción de cuidados como responsabilidad única de las familias y diversos programas se han dirigido a capacitar o a dar un apoyo económico que no resuelve la necesidad, dejando fuera los aspectos estructurales de las desigualdades entre las personas que generan una condición injusta para el Cuidado pues tales aspectos estructurales como las condiciones para cuidar, son indispensables para el logro del Cuidado para todas las personas donde la responsabilidad de los diferentes niveles de la sociedad incluido el Estado, es indispensable.

Reitero que el Cuidado expresado en prácticas de cuidados no puede ser nocivo, pero las condiciones inadecuadas o insuficientes al proveer cuidados, así como su distribución inequitativa y la generación excesiva de necesidades de cuidados propician desigualdad, inequidad e injusticia, y merman la salud y la calidad de vida de las personas. Esto convierte a los cuidados en una carga de cuidados que hoy rebasa a las familias, que no puede naturalizarse y que impide que el Cuidado sea garantizado.

Las posiciones que subyacen en el modelo son:

- a) Es necesario pensar en proyectos de vida digna, solidarios y sostenibles.
- b) Es indispensable proponer cambios estructurales que contribuyan a lograr una realidad más justa.
- c) El reconocimiento del derecho al Cuidado debe considerar la necesidad de cuidados para todas las personas a lo largo de la trayectoria de vida.
- d) El reconocimiento del derecho al Cuidado no puede atribuir responsabilidades que rebasen la capacidad de respuesta, o causen daño, al prestar cuidados.
- e) Todas las personas tenemos el derecho y la obligación de cuidar, de cuidarnos y de ser cuidados

La base de la construcción de la tipología fueron las dimensiones ética y epistémica identificadas. La dimensión ética considera los objetivos de los cuidados —que son

proteger, mantener, recuperar y promover las capacidades de las personas—, y la epistemológica, los elementos identificados: la **complejidad** de los cuidados requeridos y el **efecto** de ello para la consecución de las metas del cuidado en las personas de la unidad de cuidados. Tanto la dimensión ética como los objetivos epistémicos son transversales a todos los cuidados para todas las personas.

En la tipología propuesta asumo que los cuidados son procesos delineados por necesidades que implican acciones en una temporalidad y en condiciones particulares a cada territorio, determinados por los modos de vida. Es importante tener en cuenta que en la interacción de la complejidad y las condiciones pueden propiciarse consecuencias y alcances muy distintos de los cuidados.

En las tablas uno y dos se muestra la tipología de forma esquemática con los cruces de los diferentes elementos del cuidado y tales cruces deben leerse en realidad, como interacciones que generan un efecto.

El lector puede identificar de la siguiente manera. Por ejemplo, para el primer cruce de la tabla 2, en el que se indica m-I-A, se corresponde una acción no especializada dirigida a la salud o al soporte de la vida diaria (m) brindada de forma esporádica por un período corto, mediano o largo, o brindada de forma periódica o continua por un período corto (I) y que genera un efecto adaptativo en el núcleo de cuidado (A). En la casilla ubicada a la derecha, la diferencia está marcada por la letra “B” que indica que el efecto fue un cambio estructural.

Si el lector mira ahora, en la misma tabla, las casillas en la extrema derecha de la penúltima fila, podrá identificar el código M-IV-A que corresponde a una acción especializada dirigida a la salud y al soporte de la vida (M), que debe brindarse de forma continua por un período largo (IV) y que genera adaptación del núcleo de cuidado (A); para la casilla que sigue a la derecha, el código M-IV-B, se refiere a la misma situación, pero generando cambios estructurales en la unidad de cuidado (B).

**Tabla 1. Tipología de los cuidados
(Modelo)**

Cuidados							
Temporalidad		Tipo de acción					
		Menor (m)		Intermedia (I)		Mayor (M)	
	I	Magnitud					
	II						
	III						
IV							
Efecto: Adaptación: A Cambio estructural: B		A	B	A	B	A	B

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 2. Tipología de los cuidados
(Versión específica)**

Cuidados							
Temporalidad		Tipo de acción					
		Menor (m)		Intermedia (I)		Mayor (M)	
	I	m-I-A	m-I-B	I-I-A	I-I-B	M-I-A	M-I-B
	II	m-II-A	m-II-B	I-II-A	I-II-B	M-II-A	M-II-B
	III	m-III-A	m-III-B	I-III-A	I-III-B	M-III-A	M-III-B
IV	m-IV-A	m-IV-B	I-IV-A	I-IV-B	M-IV-A	M-IV-B	
Efecto Adaptación: A Cambio estructural: B		A	B	A	B	A	B

Fuente: Elaboración propia

De esta forma, la tipología analítica guarda un grado suficiente de generalidad pues abarca una posibilidad amplia de cuidados y las condiciones en que se prestan; y a la vez, es sensible a aspectos específicos que tornan la provisión de cuidados positiva o negativa, aspectos específicos como puede ser la delegación injusta de responsabilidad de cuidados por diferencia de género, por condiciones socioeconómicas adversas o por una red de apoyo débil o, el aumento en las

necesidades de cuidados por ineficiencia de otros servicios como el caso de salud; en contraste con los casos en los cuales la red de apoyo es amplia y participativa, se cuenta con programas de apoyo, y donde otros servicios como los de salud, transporte, entre otros, son resolutivos y no generan necesidades de cuidados excesivas ni injustas.

La identificación de aspectos estructurales y su efecto permite distinguir lo que determina (o influye con mayor peso) para el logro del Cuidado en condiciones de sostenibilidad e igualdad de forma que pueda identificarse qué lo obstaculiza y cómo, para incidir en los niveles necesarios, aspecto de la mayor relevancia dado lo indispensable del Cuidado para la vida digna y que debería ser el bien común de la sociedad y su protección, una obligación del Estado. La tipología analítica que he presentado puede ser la base de la generación de indicadores y estándares que como parte de un observatorio social midan el nivel de Cuidado en contextos diversos.

6. Implicaciones del sistema complejo del Cuidado para la comprensión de la situación actual de los cuidados en Iberoamérica

Tras la identificación de los aspectos que estructuran el Sistema complejo, en este caso, del Cuidado, debe regresarse a los elementos empíricos para explicar de una nueva forma lo que se analiza, es un comprender diferente.

En el caso de México, como en otros países de América Latina, la situación actual respecto del tema del Cuidado tiene raíces, por lo menos, en el siglo pasado. La historicidad de los procesos que determinan la situación actual es relevante para un comprender diferente y para incidir en los aspectos estructurales que generen una vida digna para todas las personas y tenga en consideración, a las generaciones futuras. Se trata, por tanto, desde la Salud Colectiva, de un análisis técnico, científico, que asume una postura ética, política y epistémica.

Las reformas de políticas públicas relacionadas con la salud, la educación y el trabajo, así como la ausencia de ellas en otros aspectos importantes como el medioambiente, han favorecido el aumento en las necesidades de cuidados en general y de necesidades de cuidados prevenibles en particular, y disminuido las condiciones y posibilidades de cuidar por parte de las unidades de cuidados y con poca o nula participación del Estado. El actual envejecimiento poblacional fue acelerado por el control natal en el siglo pasado impulsado por Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, el patrón epidemiológico actual caracterizado por enfermedades crónicas físicas y mentales como diabetes, hipertensión, cáncer, depresión, ansiedad, suicidio, violencia, entre otras, ha sido favorecido por la falta de eficacia del sistema de salud para la consecución de salud en las poblaciones ya sea por la falta de acceso a los servicios de salud y la disparidad en la calidad de la atención así como los programas de focalización que fragmentan los procesos de atención; como por la restricción de su actuación a las acciones medicalizadas de los servicios de salud, dejando fuera las condiciones de vida. Este vacío favoreció junto con la falta de protección al medio ambiente, la precarización de los territorios y el rápido aumento, por ejemplo, de los alimentos ultraprocesados a costa de la disponibilidad de alimentos frescos. Las reformas en salud obedecieron a los mandatos del Banco Mundial para hacer más eficientes a los servicios de salud y disminuir la participación del Estado. De esta forma, hay un aumento muy importante de enfermedades de larga duración, en ocasiones discapacitantes que aumentan importantemente las necesidades de cuidados y ante el repliegue del sistema de salud, los cuidados son transferidos a la responsabilidad de las personas y las familias. A ello debe agregarse un aumento de discursos normativos que modelan una normalidad estrecha.

La mala salud tiene efectos en las generaciones siguientes de diversas formas: la mala salud de los padres es el sustrato de la mala salud de los hijos, la falta de un espacio adecuado para el desarrollo infantil y adolescente genera padecimientos mentales que se manifiestan en la edad adulta, la mala salud de los padres es uno de los principales factores que impide la movilidad social de los hijos.

En el caso del trabajo es un generador de condiciones para cuidar toda vez que en el empleo formal está anclada la satisfacción de otros derechos como la salud, la seguridad social, la educación, y cuando hay condiciones de trabajo adecuadas, representa tanto un aporte al proyecto de vida como la facilidad de las unidades de espacio-tiempo para cuidar. Sin embargo, los cambios a favor del trabajo tercerizado en condiciones precarias sin acceso a otros derechos limitan importantemente la generación de condiciones para cuidar y para cuidarse.

La focalización de la educación en la formación instrumental para una salida rápida al mercado de trabajo precario obstaculiza la curaduría del proyecto de vida valioso.

El territorio en que las personas realizan la vida se ha tornado cada vez más hostil favoreciendo padecimientos ya sea por la presencia de elementos patógenos o bien, porque impide la realización de actividades que debieran seguir siendo naturales - como el transitar un lugar o ejercitarse- dadas las condiciones de inseguridad, contaminación o pérdida de espacios libres, así como la restricción en la movilidad para la diversidad funcional. La pérdida del territorio como un espacio de contención y cuidado para la niñez y la adolescencia, es una de las consecuencias más graves, pero aún, que se haya convertido en un riesgo para su integridad como lo muestra el cada vez mayor número de niñas, niños y adolescentes afectados por la delincuencia y la violencia:

De esta forma cabe preguntarse si la deserción escolar, el aumento de la violencia, el embarazo adolescente, las muertes violentas y por accidentes en los adolescentes y jóvenes -principalmente los varones- se deben a la falta de cuidados en los diferentes niveles que la vida se conforma, desde el hogar como su unidad de cuidados primordial pasando por el territorio no adverso sino agresivo y un Estado omiso de su deber de cuidar. La tabla tres muestra datos que apoyan los argumentos y que bien pueden ser un reflejo de la falta de Cuidado en diferentes niveles.

Los efectos últimos y que se vinculan más a esta crisis es el trabajo no remunerado de las mujeres en los hogares que constriñe sus oportunidades para la igualdad y el logro de sus proyectos de vida. Esta visibilización ha sido posible por el movimiento de

feminismos que pugnan por dicha igualdad en principios mediante el reconocimiento, la redistribución y la reducción de dicho trabajo no remunerado. Lucha argumentada más recientemente bajo la perspectiva de derechos humanos.

Otro movimiento importante es el de los pacientes que pugna por una atención médica adecuada y resolutive que mejore verdaderamente su condición de salud como parte de sus derechos humanos.

En ambos casos hay argumentos importantes para considerar las demandas y generar las condiciones necesarias. Sin embargo, es necesario ampliar la mirada a los aspectos estructurales que tocan otras dimensiones. En el caso del trabajo la precarización ha puesto en crisis la sostenibilidad de todas las personas y es nodal en la reorganización de la vida, disminuye las posibilidades de los hombres de ejercer su derecho a cuidar y cuidarse y disminuye las posibilidades de las mujeres a un trabajo decente. Lo mismo ocurre con la salud y los territorios.

En todo lo anterior, se explica el aumento en las necesidades de cuidados, la disminución de las condiciones para cuidar, así como la reducción del Cuidado a un carácter instrumental de los cuidados y, por tanto, la dificultad para lograr las experiencias de Cuidado que construyen la historia y los proyectos de vida productivos y valiosos que cada uno considere en una condición sostenible que cuide también a las generaciones futuras. Es, por todo ello, que el Cuidado es hoy, un asunto público en crisis y que requiere, dada su contribución a la vida digna, del actuar para recuperarlo y garantizarlo como un bien común de una sociedad que busque la igualdad y la justicia en todas las etapas de la vida.

TABLA 3. Consecuencias de la falta de Cuidado

- En 2018, una cuarta parte de los menores entre 6 y 9 años y una quinta parte de los 10 a 13 años, recibieron tratos agresivos en sus hogares; una quinta parte de los menores de 6 a 9 años y un cuarto de los de 10 a 13 años, recibieron trato agresivo en la escuela, entre 15 y 12 % respectivamente, también lo padeció en el lugar donde vive (INE, 2018)
- Niñas, niños y adolescentes se encuentran expuestos a la violencia letal de las organizaciones criminales, pero también de las instituciones, incluso cuando este riesgo se produce en el cumplimiento del mandato legal de los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley. (CNDH-UNAM, 2019 p450)
- El crimen organizado afecta los derechos de salud y educación de los menores ya que genera falta de servicios básicos, transmisión generacional de la violencia, homicidios de niñas, niños y adolescentes, no cuentan con servicios educativos de calidad, niveles de ausentismo y deserción escolar altos, además de que las trayectorias educativas se truncan por la violencia (CNDH-UNAM, 2019 p450)
- En 2014, la mitad de los niños entre seis y once años vivían en pobreza patrimonial, uno de cada cuatro presentaba falta de acceso a la alimentación, aproximadamente un 5% trabajaba. Del 2.3 % que no asistió a la escuela, la mayoría se relacionó con la pobreza y el trabajo infantil (UNICEFa, 2016)
- La violación a los derechos de los jóvenes, particularmente de aquellos que viven en condiciones de pobreza (López-Arellano et al, 2012)
- La mala calidad de vida y de atención, así como el aumento de riesgos a la integridad de los menores bajo la tutela de las instituciones del Estado, así como de aquellos en situación de calle o sin tutela de los padres (CDHDF, 2014)
- El nivel educativo que sitúa a México como el país con peor nivel educativo y el que menos invierte en la educación de los niños en etapa primaria de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (UNICEFa, 2016)
- La violencia en sus diferentes formas, dirigida a los niños y adolescentes genera la muerte de dos menores al día. En 2004, 12 adolescentes fueron asesinados cada semana y 10 se suicidaron. (UNICEFb, 2016)
- México es uno de los países con mayor violencia -física, abuso sexual y homicidio en adolescentes- hacia niñas, niños y adolescentes, “pero la violencia más extendida es el castigo corporal con fines disciplinarios y el maltrato infantil (físico o psicológico), seguido por la falta de atención a las necesidades básicas (omisión de cuidados) y los tratos humillantes (violencia emocional).” (Vargas y Pérez, 2010 p7)
- En el caso de los jóvenes de educación media superior más del 50% de la deserción obedece a dificultades económicas (SEP, 2012)
- La ausencia de una definición de cuidado en las leyes dirigidas a la protección de las personas con alguna discapacidad o en condición de dependencia y en las cuales, aunque se establece en general, la obligación de generar condiciones para una buena calidad de vida, no se establecen los mecanismos para ejercer tales derechos y se plantea incluso, a los servicios privados como una mejor opción. (Hernández y Fuentes, 2016)
- 26% de los ancianos en México requieren ayuda para realizar actividades de su vida cotidiana (Manrique-Espinosa 2013),
- La desnutrición como una de las principales causas de muerte en los menores de cinco a nueve años y en las personas mayores (INEGI, 2018)

Elaboración propia a partir de las fuentes referidas

VII.2 Derecho Humano al Cuidado

Una vez lograda una comprensión diferente del Cuidado y los cuidados es más clara su relación en aspectos indispensables de la vida y, por tanto, continuar con la propuesta de que deba ser considerado un Derecho Humano. En esta sección presento los resultados del tipo de derecho que propongo, el bien jurídico y sus garantías.

1. El Cuidado, un derecho fundamental

Los elementos que conforman al Cuidado guardan una relación estrecha con aspectos de la salud, el trabajo, la seguridad social, el medio ambiente, la educación y la vida, todos ellos protegidos como derechos humanos. En el caso del vínculo con la vida, dada la caracterización que he mostrado, el Cuidado es necesario a lo largo de la trayectoria de vida, más allá de la subsistencia para la constitución integral de la persona pues implica otras esferas como el desarrollo mental, la pertenencia cultural

y la participación social, y la posibilidad de darle un sentido al proyecto de vida, aspectos que contribuyen a la vida digna.

Con base en las características de interdependencia, indivisibilidad e interdefinibilidad de los derechos humanos (Serrano y Vázquez, 2013) sostengo que el Cuidado es una categoría que debe ser considerada como un Derecho Fundamental Primario atribuido a todas las personas en cuanto tales, es decir, debe ser considerado un Derecho Humano. Y de ellos, un derecho social que implicará principalmente -no exclusivamente- acciones positivas del Estado.

Dado el logro que acontece en la sinergia de los cuidados con las condiciones adecuadas que decanta en la satisfacción del proyecto de vida valioso que cada persona considere en condiciones de sostenibilidad, es decir, dado que el logro es el Cuidado, y contribuye al anhelo de vida digna que todas las personas deberían gozar, sostengo que el nombre más adecuado para este derecho es el Derecho Humano al Cuidado en contraste con lo que podría ser el Derecho Humano a los cuidados que cabría suponer toda vez que, por un lado, muchos de los documentos analizados hacen referencia a los cuidados, y por otro, que la manifestación concreta del Cuidado son los cuidados. Con esta segunda opción, cabría pensar en buscar un sumatoria de cuidados perdiendo la característica del logro que se consigue mediante la sinergia de los elementos que determinan el Cuidado.

El Derecho Humano al Cuidado-, en cambio, marca un propósito al cual aspirar y mantiene la posibilidad de justificar los elementos de un núcleo crítico del Cuidado como las garantías de este derecho y no solo las acciones de cuidados. Por ello, en adelante, hablaremos solo de Derecho Humano al Cuidado (DHC).

2. Bien Jurídico del Derecho Humano al Cuidado

Siguiendo a Ferrajoli (2009) que define el Bien Jurídico como:

Hace referencia semántica a situaciones objetivas e intereses independientes o previos a las normas jurídicas, su justificación externa es política, tiene una importancia axiológica y un carácter garantista. El análisis de los bienes tutelados tiene una relevancia científica y política.

Hago la siguiente propuesta del Bien Jurídico protegido como un Derecho Humano al Cuidado:

Toda persona tiene derecho a gozar, a lo largo de la trayectoria de vida, del Cuidado que satisfaga el proyecto de vida que considere valioso en condiciones de sostenibilidad, mediante la garantía de las condiciones adecuadas para cuidar y ser cuidada, los cuidados necesarios y la protección ante la generación de la necesidad prevenible de cuidados.

De esta forma, se mantienen elementos constitutivos del Cuidado y se alude a situaciones objetivas que tienen sustento y relevancia científica y política como señalan las características tanto del bien jurídico y como de los límites que se impongan para protegerle (Ferrajoli, 2009). Es así, porque: a) se mantiene la aspiración del proyecto de vida valioso que cada uno en función de su rol, de su contexto cultural y momento histórico desee; b) alude a los cuidados en la trayectoria de vida no solo para la subsistencia sino para darle un sentido a la vida, c) mantiene la consideración de los otros, incluso, de las generaciones futuras dada la característica de sostenibilidad, d) hace referencia al acto de cuidar y ser cuidado que implica alteridad, reconocimiento del rol social y la responsabilidad de cuidar que conlleva al vivir en una sociedad, e) considera las condiciones para cuidar y f) protege de la generación de necesidades prevenibles de cuidados.

La relevancia científica queda en principio, sustentada por los discursos (tradiciones) prevalentes sobre los cuidados y son a la vez, punto de partida para investigaciones transdisciplinarias basadas en la complejidad del Cuidado. De la misma forma, la relevancia política se ha evidenciado dado que, en las condiciones actuales, la satisfacción diferenciada de los cuidados y el acceso a condiciones diferentes para cuidar generan desigualdades injustas con mayor impacto en las poblaciones más desfavorecidas; por tanto, considerarlo un derecho fundamental primario obliga a la acción del Estado en favor de todas las personas en cuanto tales y quita del mercado su plena satisfacción. Además, la generación de necesidades prevenibles de cuidados o la dificultad para satisfacerlos, tienen un vínculo con la falta de satisfacción de otros derechos como la salud o el trabajo y recíprocamente, la falta de satisfacción del Derecho al Cuidado limita la satisfacción de tales derechos. La insatisfacción y falta de garantía de los derechos humanos se explica en buena medida por cuestiones estructurales que son esfera de acción del Estado. El estatuto de Derechos Humanos establece la obligatoriedad del Estado en la protección, satisfacción y garantía de las aspiraciones manifestadas mediante las garantías que para cada derecho se establezcan. Estos son los argumentos de la justificación política del Derecho Humano al Cuidado.

En cuanto a la cuestión señalada por Ferrajoli (2009) respecto del Bien Jurídico y que obedece a los aspectos fenomenológicos para identificar en qué medida efectivamente se protegen los bienes jurídicos, señala que hay una dificultad importante para investigar los logros del derecho penal y es más bien, por los aspectos donde se ha fallado, que puede verificarse (p 476). En ese sentido, respecto del Derecho Humano al Cuidado hay datos que pueden sustentar la falta de satisfacción (Tabla 3). Teniendo en cuenta que el Cuidado se caracteriza por el propósito del proyecto de vida valioso, el cual, se va construyendo a partir de las metas propuestas conforme la etapa de vida, tenemos que para una proporción importante de los menores de edad en México este derecho está violentado pues sufren agresiones principalmente en casa, escuela y el lugar donde viven, y que el crimen organizado afecta sus derechos a la vida, la educación, la salud y la familia (INE, 2018; CNDH-UNAM, 2019).

Estas manifestaciones como he comentado tienen su origen también a la falta de satisfacción y garantía de otros derechos, pero no se explican exclusivamente por ese hecho. Un aspecto muy ilustrativo es la categoría de dependencia que es uno de los argumentos más utilizados para justificar las necesidades de cuidados y cabría analizar qué proporción de la dependencia disminuiría o desaparecería con la consideración de la diversidad funcional en el territorio y la garantía de espacios seguros; y más aún, si hay una proporción de esa condición de dependencia que pudo -y por tanto-, debió evitarse como aquella secundaria por una mala praxis médica o la dilatación en la atención. En el DHC existen manifestaciones fenomenológicas suficientes para identificar el nivel de satisfacción o no.

Ahora bien, la definición de las garantías que permitan la realización de los derechos fundamentales es uno de los aspectos más importantes de la teoría garantista de Ferrajoli. El nivel de efectividad del derecho dependerá de la definición adecuada de las garantías y que deberán ser deberes dictados por normas jurídicas.

Si bien la ausencia de garantías de un derecho -lagunas- no invalida al derecho como tal, sí impide o dificulta su realización. De hecho, estas lagunas son una de las causas más frecuentes de la dificultad de satisfacción de los derechos, particularmente, los derechos sociales (Ferrajoli et al, 2009).

De tal forma que, la definición de las garantías además de su evidente función de realización del derecho, tienen el efecto de impedir que los derechos queden a la voluntad del poder del estado o del poder de la mayoría, o del mercado.

En este sentido y con base en los elementos del Cuidado que señalé como el núcleo crítico que constituyera el Bien Jurídico del Derecho Humano al Cuidado, propongo las garantías que describo en la sección siguiente.

3. Garantías del Derecho Humano al Cuidado

Se describen con el objetivo de mostrar las características generales de tal forma que pueden ser una guía para identificar en las normatividades específicas aquellas que atiendan a la propuesta o bien, orienten hacia la modificación o diseño según sea necesario y que habrán de traducirse también, en prácticas institucionales. La tabla cuatro muestra las garantías propuestas.

3.1 Subderechos del DHC

Una de las dificultades más importantes en los Derechos Humanos es su operacionalización y una forma de avanzar en ello es la identificación y mapeo de las obligaciones, ocurre, que ciertos derechos vinculados más estrechamente funcionan como subderechos del derecho que se analiza sin que esto signifique jerarquía (Serrano y Vázquez, 2013). En este sentido, a partir de la definición de las garantías - obligaciones- del Estado con respecto al DHC, identifico *como subderechos del DHC, el acceso universal a la salud, a la seguridad social, a la educación y al trabajo.*

Subderecho a la salud. En el caso de la *salud*, es resolutoria de los cuidados relacionados con las enfermedades y promotora de cuidados que procuren salud lo cual implica la atención en las unidades de servicios de salud, pero también la promoción de ambientes saludables y seguros y la atención a los determinantes sociales de la salud. El vínculo con el DHC implicaría también rebasar el éxito técnico en favor del logro de la razón práctica, así como la obligación de no generar necesidades de cuidados por falta de garantía del derecho a la salud o la delegación

de los cuidados que son de su competencia a las familias. Debe ser universal y no vinculado al tipo de trabajo o capacidad de pago para evitar las desigualdades.

Subderecho a la seguridad social. En el caso de la *seguridad social*, además de universal, implicaría la igualdad del tipo de prestaciones que de ella se derivan y la equidad en cuanto a la pertinencia para cada persona, es decir, debe ser capaz de maximizar la independencia y la autonomía ante la diversidad funcional y la condición de vulnerabilidad, toda vez que su actuar tiene que ver de forma importante con la condición de invalidez, vejez, jubilación o enfermedad.

Subderecho al trabajo. Específicamente, en referencia al *Derecho al trabajo decente* (OIT, s/f) que representa un esfuerzo de la Organización Internacional del Trabajo para garantizar condiciones laborales adecuadas que implican una regulación adecuada de las jornadas laborales, sueldo suficiente y tiempos igualitarios para que mujeres y hombres puedan cuidar en caso de maternidad, enfermedad, etc., así como que el trabajo resulte significativo para los empleados. Deberá ser posibilitador del tiempo y las condiciones para cuidar y para cuidarse cotidianamente no solo en la presencia de enfermedad o discapacidad.

Subderecho a la educación. Respecto de la *educación*. Implica las experiencias que favorecen tanto las características intelectuales, afectivas, morales y espirituales, no solo la instrucción que se recibe en los ámbitos escolares. Son las personas significativas sobre todo en la crianza de niños y adolescentes quienes tienen un papel fundamental y se requiere, por tanto, de las experiencias conjuntas por lo que el derecho a la educación también debe considerar la garantía de tal interacción.

En lo relativo a los espacios escolares deben constituirse en espacios de Cuidado para garantizar el mayor desarrollo integral de los menores lo cual implica logro práctico, condiciones adecuadas, integralidad, centrarse en la persona -en este caso, principalmente los menores-, sensibles a la diversidad y muy importantemente, velar por el DHC verificando que los menores reciben los cuidados conforme su etapa de vida, sea porque las familias los proveen directamente o mediante instituciones del Estado, pero que en todos los casos, la guía es el bienestar del menor.

Será importante incluir tanto a los neonatos como a los adolescentes, con las consideraciones particulares para quienes viven en contextos adversos donde el actuar institucional de los espacios escolares debería ser además de una verdadera protección, un elemento de bienestar y desarrollo que favorezca el proyecto de vida valioso y la movilidad social.

Las escuelas deben ser uno de los garantes más importantes del DHC de los menores tanto por el cumplimiento de sus obligaciones como por la vigilancia ante situaciones que lesionen este derecho ya sea en el hogar o el territorio por lo cual, los mecanismos de protección deben definirse con precisión. Dentro de los indicadores que puede dar un seguimiento, resultan muy ilustrativos del DHC en menores, la permanencia en la escuela y el rendimiento escolar dado que ambos implican elementos de los cuidados a la salud física y mental de los menores, como de su contexto social libre de violencia o de pobreza además del territorio adecuado.

Subderecho a un ambiente sano. Obedece a la expresión amplia del territorio ya que las formas de producción, la alteración de los ecosistemas, la explotación desmesurada y la contaminación, tienen efectos deletéreos en el bienestar de las personas y las comunidades. Por tanto, el Estado tiene la obligación de normar en favor del cuidado de la vida. Los efectos, se expresan en cada territorio.

3.2 Condiciones para cuidar:

Unidad espacio-tiempo de cuidado. La conjunción de un lugar y un período donde se realice la experiencia de cuidar. Un lugar con las características necesarias para cuidar, un espacio de tiempo suficiente que favorezcan una praxis que con actitud cuidadora. Es aplicable tanto para los cuidados que se prestan en los hogares como para las instituciones que prestan cualquier tipo de cuidados.

Capacidad para cuidar. Hago referencia en un primer momento a la capacidad técnica, científica y ética de la unidad de cuidados, así como a la capacidad de respuesta para una necesidad de cuidados en un momento determinado. Deberá interesar el efecto en quien recibe -que se esperaría siempre positivo y a favor de la vida digna- y el efecto

en la unidad de cuidados -que debería ser siempre en un nivel adecuado sin mermar otras esferas de la vida digna-. Implica en realidad, la existencia de competencias -saber, saber hacer, saber ser, ser- de Cuidado orientadas al logro práctico, toda vez que el éxito técnico no es suficiente. Las metas básicas son la independencia y autonomía para avanzar en las intermedias y últimas a lo largo de la trayectoria de vida por lo que los estándares de monitoreo deben ser congruentes. Si bien propuestas de evaluación de la calidad de los servicios son un avance, resultan insuficientes para garantizar el logro práctico.

Territorio adecuado considerando la diversidad funcional y cultural. Al centrarse en la persona como sujeto del derecho al cuidado, se genera una obligación para el Estado para que los espacios públicos en principio, pero en realidad también los privados cuenten con las características para que todas las personas puedan disfrutar la mayor independencia posible independientemente de su corporalidad. Las restricciones de movilidad, de accesibilidad y de interacción ocasionadas por un territorio sin tales consideraciones, constituyen de hecho un acto discriminatorio y en el caso del derecho al Cuidado, lesionarían el bien jurídico. Las expresiones serán sin duda diversas conforme las características, pero en todos los casos debe monitorearse el nivel de independencia y autonomía de las poblaciones como indicadores clave.

En ciertos contextos, uno de los elementos más importantes será el traslado desde el domicilio hasta las actividades cotidianas más importantes como el trabajo o la escuela tanto por el tiempo empleado como por los riesgos que pueda representar. Por otro lado, el territorio que implica pertenencia cultural, debería ofrecer lo necesario para que las personas no estén obligadas a trasladarse grandes distancias en busca de satisfactores, sea trabajo, escuela, salud, alimentación, etc. Implica también, las medidas para evitar la migración forzada.

3.3 Convivencia con las personas significativas

Es la experiencia misma del Cuidado expresado en diferentes formas no solo en las condiciones de enfermedad o vulnerabilidad sino, precisamente en las experiencias de convivencia en situaciones de bienestar y para el bienestar. Implica el reconocimiento

por, al menos, el círculo más cercano. En este sentido, hay un interés de que las personas que han sido institucionalizadas o que están a cargo de alguna institución durante jornadas largas como en las casas de día para las personas mayores o las guarderías y escuelas de tiempo completo para los menores de edad, tengan también garantizados los tiempos de experiencias con las personas significativas en su vida (UNICEF-RELAF, 2010). O bien, cuando viven solas. Puede pensarse que el aislamiento o la soledad serían manifestaciones de la falta de esta garantía.

3.4 Participación en la vida social

En este caso, el sentido es de las acciones que causan efecto en y con la vida social a lo largo de toda la trayectoria de vida. Implica un reconocimiento público. También el aislamiento o la soledad pueden ser un indicador de insatisfacción.

3.5 Protección ante la generación de necesidades prevenibles de cuidados.

La falta de satisfacción de otros derechos como la salud, la educación, la seguridad social o un ambiente sano, seguro y adecuado para la diversidad funcional, aumenta las necesidades de cuidados más allá de lo esperable por la etapa de vida y es, evidentemente, atribuible a un Estado omiso. Toda vez que estas necesidades adicionales de cuidados son asumidas por las personas y sus familias rebasando su capacidad de respuesta, se lesiona el DHC y otros derechos como el acceso al trabajo, a la educación o la salud.

3.6 Protección ante el daño o merma de las condiciones para cuidar.

Se trata de la protección ante la lesión de esta obligación como pudiera ser: daños al territorio, cierre de servicios relacionados con los cuidados o falta de acceso a los mismos, o bien, falta de infraestructura o recursos suficientes y adecuados como puede suceder en las instituciones de salud o de asistencia social. Es relevante porque ante una misma necesidad de cuidados, sea de una persona o una población de usuarios, la insuficiencia de condiciones para cuidar puede generar desenlaces

negativos para quien recibe y para quien brinda cuidados. Implica la protección ante la falta de capacidad para cuidar de la unidad de cuidados.

3.7 Mecanismos de exigencia ante la falta de cuidados necesarios conforme a la etapa de vida.

Es de particular relevancia porque con frecuencia, las personas que más requieren cuidados entran en una condición de vulnerabilidad y no pueden ejercer sus derechos y con frecuencia también, dado que se establece inicialmente una relación de poder y después de dominio entre quien presta y quien brinda cuidados -sobre todo en situaciones donde la demanda es bastante mayor que la capacidad de respuesta, o, donde no hay un reconocimiento de la persona- ocurre el maltrato y la condición de vulnerabilidad se profundiza. Este mecanismo deberá, por tanto, ser altamente eficaz en tutelar el DHC de todas las personas, pero mucho más en aquellas con mayores riesgos de vulnerabilidad.

3.8 Mecanismo de exigencia ante el daño o la merma de las condiciones para cuidar.

Dado que es un elemento que determina importantemente, la posibilidad del Cuidado amerita un mecanismo específico de protección tanto para la persona como para un grupo como puede ser en casos cuando, por prácticas de mercado, se merma el territorio de una comunidad aumentando sus necesidades de cuidados y disminuyendo su capacidad de respuesta; o bien, en espacios de trabajo en las unidades de atención a la salud o social.

3.9 Contar con oportunidades sustantivas que favorezcan el desarrollo integral a lo largo de la trayectoria de vida.

Es indispensable que las personas de acuerdo con sus características por ciclo vital y territorio cuenten con opciones que representen una oportunidad verdadera que les permita decidir libremente entre opciones para construir su proyecto de vida. La igualdad jurídica que proporcionan los derechos fundamentales implica identificar las diferencias para proporcionar en la operacionalización, los elementos que satisfagan

el derecho en cuestión, de otra manera, el riesgo es la desigualdad generada por los recursos con que cuenta cada persona.

3.10 Políticas públicas de cuidados.

Deben ser aprehensivas para ser resolutivas de los aspectos estructurales que impidan el goce del DHC, ser sensibles a la diversidad para generar respuestas ante diferentes contextos. Deben ser universales, integrales, integrativas de los diferentes aspectos vinculados al Cuidado en una sociedad determinada. Considerar los elementos que se han descrito con la verificación de que los mecanismos de exigibilidad incluyan las formas necesarias ante los grados y expresiones diferentes de vulnerabilidad. En función del nivel de desarrollo de otras políticas que velen por diferentes tipos de cuidados en cada sociedad, la política pública de cuidados puede tener una función meramente de integración, articulación y verificación del cumplimiento del DHC o bien, desarrollar toda la propuesta. Deberá ser capaz, en cualquier caso, de disminuir la fragmentación y aumentar la coordinación a través de los diferentes sectores y niveles de atención. Un aspecto medular será la capacidad para generar esquemas de financiación que permitan la sostenibilidad de las diferentes esferas sin que ello implique una traducción de costos a las personas que signifique acceso diferenciado o bien que el acceso esté vinculado a otros condicionantes como el empleo formal.

3.11 Sistemas de cuidados.

Se trata de un brazo de la política pública de cuidados orientado fundamentalmente a la prestación de servicios de cuidados bajo diversas modalidades, en todos los casos deberá ser sensible a la diversidad de personas, contextos y formas de cuidar toda vez que las personas, las comunidades desarrollan sus propias formas de organización de cuidados.

3.12 Institucionalidad social universal y garantista.

Con esto hacemos referencia a la capacidad de las instituciones del sector social existente o nuevas de satisfacer mediante su actuar a las garantías del DHC.

3.13 Máximo nivel de independencia y autonomía.

Dado que son las capacidades básicas con que deben contar las personas a lo largo de la vida para la satisfacción del DHC, deben generarse las condiciones para que se alcance el máximo nivel posible de independencia y autonomía. En el caso de la autonomía, por ejemplo, la figura de tutela puede y debe mantener la condición de persona como es el caso de las personas con alguna discapacidad mental o las directrices anticipadas. Ante esto, debe analizarse la condición de “dependencia” como un indicador de la violación del DHC y de otros derechos como la salud, un medio ambiente sano, entre otros.

Tabla 4. Derecho Humano al Cuidado. Bien Jurídico y garantías		
Bien Jurídico	Garantías	
Toda persona tiene derecho a gozar, a lo largo de la trayectoria de vida, del Cuidado que satisfaga el proyecto de vida que considere valioso en condiciones de sostenibilidad, mediante la garantía de las condiciones adecuadas para cuidar y ser cuidado, los cuidados necesarios y la protección ante la generación de la necesidad prevenible de cuidados.	Subderechos	Salud
		Seguridad social
		Trabajo
		Educación
		Medio ambiente sano
	Condiciones para cuidar	Unidad Espacio-Tiempo
		Capacidad para cuidar
		Territorio
	Convivencia con las personas significativas	
	Participación en la vida social	
	Protección ante la generación de necesidades prevenibles de cuidados.	
	Protección ante el daño o merma de las condiciones para cuidar	
	Mecanismos de exigencia ante la falta de cuidados necesarios conforme a la etapa de vida.	
	Mecanismo de exigencia ante el daño o la merma de las condiciones para cuidar.	
	Contar con oportunidades sustantivas que favorezcan el desarrollo integral a lo largo de la trayectoria de vida.	
	Políticas públicas de cuidados.	
	Sistemas de cuidados	
Institucionalidad social universal y garantista		
Máximo nivel de independencia y autonomía.		

Elaboración propia

Con lo expuesto, hago evidente que el Cuidado y el Derecho al Cuidado es un horizonte más amplio y complejo de lo que se ha propuesto hasta ahora. Con esta propuesta se abre un camino para avanzar en una sociedad más justa e igualitaria y se clarifica la ausencia del Estado en la garantía del Cuidado para todas las personas y, por tanto, la necesidad de ser protegido y satisfecho bajo la figura de un derecho humano que lejos de fragmentar logre integrar pues es en la sinergia de los sistemas de cuidados y las condiciones que se satisface el logro ético y político del Cuidado.

VIII. ENCUENTRO DE HORIZONTES

La historicidad de la problemática que se plantea actualmente sobre los cuidados es relevante toda vez que permite una mejor comprensión pues esta situación es resultado de procesos iniciados con antelación (Kuhn,1995; García,2006; Gadamer, 1993). Si bien esta investigación no es propiamente y no profundiza sobre la historicidad de todos los elementos propuestos respecto del Cuidado, al identificar los referentes de sus elementos más importantes y hacer visible la complejidad de este objeto de estudio, sienta bases para, por un lado, cuestionar los argumentos y categorías de las tradiciones más prevalentes, indagar el paradigma asumido y profundizar para una comprensión diferente que nos lleve a respuestas diferentes, que se espera, sean mejores.

Puedo decir que todas las tradiciones identificadas en esta investigación se encuentran bajo el paradigma del trabajo y los modos de producción, aunque con marcos epistémicos diferentes. La tradición biomédica y la feminista hacen énfasis en el

rendimiento y la eficacia la primera, y el derecho al trabajo y la distribución igualitaria del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado entre mujeres y hombres como vía de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, la segunda.

Las tradiciones han realizado aportaciones importantes respecto de la relevancia de los cuidados, de sus efectos y de algunos aspectos vinculados.

El discurso biomédico se centra en la responsabilidad individual y el éxito técnico, orientado por la consecución de la máxima eficacia argumentando una crisis de los sistemas de cuidados ante el envejecimiento poblacional y la carga de la enfermedad, teniendo como expresión nodal y catastrófica la dependencia. Sin embargo, como señala Ayres -y comparto la reflexión- es en realidad, una crisis de paradigma.

La tradición feminista ha hecho aportaciones fundamentales al cuestionar la división de las actividades productivas y reproductivas, las diferencias injustas en desventaja de las mujeres dada la distribución injusta de los cuidados en un sistema patriarcal heteronormativo que impone roles de género, y centra sus argumentos en la necesidad de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres. A partir de ello y de la visibilización en horas y montos financieros del trabajo no remunerado doméstico y de cuidados que realizan mayoritariamente las mujeres, coloca en el centro, sí la distribución injusta y se basa, también, importantemente, en las categorías de dependencia y envejecimiento.

En términos de los cuidados, suelen enfatizar las diferencias entre mujeres y hombres en un plano más singular y a pesar de buscar la incorporación de las mujeres al trabajo como uno de los derechos, es menos cuestionado el proceso de precarización del trabajo que impide el acceso a otros derechos como la salud, el ambiente sano o la seguridad social que tienen gran impacto en los cuidados, como tampoco se problematizan los efectos adversos en los hombres ante las mismas condiciones de vida ni se aboga por su derecho a cuidar y a cuidarse.

La tradición ecologista es probablemente más inclusiva pues argumenta el daño sobre elementos que lesionan a todas las personas y a los otros seres vivos que son también,

parte de esta vida atribuyendo una responsabilidad importante a los modos de producción y a la permisividad del Estado, y coloca en sus alcances, los efectos a las generaciones futuras.

Sin embargo, la ausencia de una delimitación aprehensiva del Cuidado y los cuidados limita el alcance las propuestas que con frecuencia caen en un perspectiva individual o binaria y favorecen el riesgo de conclusiones si no equivocadas, al menos parcialmente correctas que, traducidas en políticas públicas, condicionarán decisiones y asignación de recursos de forma parcialmente resolutive. Por ejemplo, desde algunos feminismos hegemónicos se habla de las “R’s” de los cuidados: reconocer, redistribuir, reducir, remunerar, representar, partiendo de los cuidados como una concepción fundamentalmente de trabajo que, en el paradigma actual, deben revisarse con cautela para evitar generalizaciones, pero, sobre todo, no dejar de lado el logro que el Cuidado representa pues paradójicamente las condiciones tienen poco cuestionamiento. En este sentido Galindo (2020) coincide en la necesidad de abrir la perspectiva de análisis y propone agregar una “R” en referencia a las relaciones afectivas (Galindo, 2018). lo cual abre un camino para dimensionar de manera más integral los cuidados.

Un aspecto muy relevante es que se ha quedado en el vacío la investigación y resolución de las causas prevenibles de la generación de cuidados como comenté acerca de los sistemas de salud, o los tiempos de trasladados entre el trabajo y el hogar, así como el territorio en su conjunto, la necesidad de incorporarse en más de una actividad laboral, entre otros.

Pero esto tiene implicaciones éticas, políticas y de derechos humanos por lo que es necesario, plantear otro marco epistémico, ampliar el horizonte de análisis del Cuidado y evitar una definición artificiosa y aséptica del Cuidado.

Desde la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado que la Salud Colectiva propone, reconozco los aportes de las tradiciones y la necesidad de un mayor diálogo entre todos los horizontes, incluido, por supuesto, el que propongo.

En principio, dada la complejidad que como objeto de estudio representa el Cuidado y muy importantemente, las explicaciones estructurales de la precarización del Cuidado. Cuestiono el uso indiferenciado y fundamentalmente instrumental de Cuidado y cuidados que diluye aspectos estructurales que permiten una problematización más integral y, por tanto, pueden apuntar a resoluciones que favorezcan una vida más vivible (Orozco, 2012) en el contexto del Buen Vivir (Arteaga-Cruz, 2017) y como ha puesto de relieve la Salud Colectiva brasileña en el trabajo de Cuidado de Ricardo Ayres (2009), al cual me adscribo importantemente, pues coloca al Cuidado como una comprensión filosófica y una actitud práctica. Cuestiono en este curso de pensamiento, la categoría de dependencia como causa de la problemática actual de cuidados dado que lo que hoy se define como dependencia corresponde, por un lado a consecuencias ante la falta de garantía de otros derechos como el derecho a la salud -por la poca capacidad resolutoria, por las dificultades administrativas, geográficas y de calidad en el acceso-, por la precarización del trabajo y de los territorios que generan riesgos cada vez mayores para el bienestar de las personas y por tanto, la necesidad de cuidados más allá de la capacidad de respuesta de las personas y sus familias.

La forma en que la dependencia es asumida por la tradición biomédica y la feminista no problematiza estas circunstancias y la dan por hecho como un efecto de la enfermedad y la vejez como sinónimos y como cuestiones inherentes y responsabilidades individuales. Otra similitud entre esas tradiciones es la carga excesiva de cuidados a cargo de una persona, que se traduce en sobrecarga o distribución injusta con lo cual, las propuestas de solución se orientan al aumento de recursos materiales y personal en los servicios de salud y servicios de cuidados para personas dependientes de forma tal que las mujeres puedan incursionar en el trabajo por lo que, desde ambas tradiciones, han manifestado como mayor preocupación, la insuficiencia de recursos en la actualidad y hacia el futuro.

Comparto la preocupación y la necesidad de una redistribución de los cuidados. sin embargo, enfatizo la necesidad de revisar, por un lado, elementos estructurales que explican al Cuidado y los cuidados y el devenir que resultó en la situación actual.

El énfasis instrumental, individual y de trabajo de los cuidados invisibiliza la pérdida de la experiencia conjunta con las personas significativas en la vida para la construcción de la historia que nos da sentido en este momento histórico, así como de lo que he denominado unidad espacio-tiempo como un derecho en el cual surja el Cuidado en el encuentro con el otro o bien, el Cuidado propio mediante la posibilidad de reflexión y de imaginación que en ambos casos es la experiencia del Cuidado.

La reducción instrumental de los cuidados en las tradiciones prevalentes borra consecuencias de estas pérdidas y deja fuera los efectos adversos en las poblaciones que requieren más cuidados sí por etapa de vida, pero también, por falta de reconocimiento como son los menores de edad incluidos los adolescentes en quienes la falta de Cuidado se refleja en las situaciones de violencia, maltrato, deserción escolar, embarazo adolescente, consumo de drogas, involucramiento en actividades delictivas y muertes por accidente o violencia; en las personas mayores donde la pérdida de proyecto de vida, el aislamiento, la soledad son cada vez más frecuentes y se deben sobre todo a omisiones de la sociedad en su conjunto, y en las personas con alguna condición de discapacidad que no pueden satisfacer derechos de educación, trabajo, salud ante un territorio físico y social discriminatorio que no los ha considerado en la planeación. En las mujeres, al poco acceso al trabajo por la distribución injusta del trabajo no remunerado y la exposición constante a territorios con violencia, en los hombres, por el poco acceso a cuidar y a cuidarse dadas las condiciones precarias y de competencia que el trabajo representa y una conducta de riesgo permanente que condiciona importantemente las muertes por accidente y por violencia. En todos los casos hay una falta de Cuidado.

De esta forma, sostengo que las causas más importantes vinculadas con la falta de Cuidado son de orden estructural y obedecen, sobre todo, pero no exclusivamente, a la ausencia de un Estado que ha ido debilitándose y dejando en el mercado responsabilidades de garantía de derechos, lo cual tiene como medio de operacionalización las políticas públicas a través de las cuales es posible observar esta tendencia en la focalización de acciones. Particularmente, en dos subsistemas y subderechos del Cuidado, la salud y el trabajo cuyas consecuencias han sido la

delegación de las acciones de cuidados cada vez más especializados a cargo de las personas a quienes se les capacita y remunera y la precarización del trabajo que también es un obstáculo para cuidar, y que, sin embargo, parece ser hoy, la única forma de subsistencia cooptando el tiempo de vida.

Los modos de producción y las formas de consumo que han dañado el ambiente como argumenta la tradición ecologista y que sirven de sustento a las formas de trabajo actuales, han modificado también la forma de organización social afectando importantemente las redes de apoyo de las personas en sus contextos cotidianos con una tendencia a ser cada vez más pequeñas y distantes.

Desde la SC sostengo que es este devenir la causa principal de la situación problemática de los cuidados planteada por las tradiciones biomédica y feminista orientada a la sobrecarga y a la distribución injusta, más que la dependencia y el envejecimiento poblacional.

En esta tendencia, el auge por las políticas de cuidados y los sistemas de cuidados es de la mayor relevancia toda vez que pueden representar -o no- una oportunidad de igualdad y justicia para todas las personas en función del marco epistémico desde el cual planteen la problemática. Por un lado, propuestas como la de España (IMSERSO, 2016), Suecia (Elderly care in Sweden, 2018) o Uruguay (Sistema de cuidados, 2016) plantean una integralidad del sistema de cuidados y una amplia gama de opciones de provisión de cuidados colocando el aspecto del financiamiento como un punto crítico de la sostenibilidad, fundamentalmente en España y Uruguay. Esta diferencia con respecto a Suecia puede explicarse en parte, porque este país por lo menos desde hace un siglo ha otorgado una prioridad acompañada de recursos y formas de financiamiento adecuadas, a la seguridad social, es decir, hay un proceso histórico que explica la diferencia. En los otros dos casos, las políticas sociales universales anteceden a la propuesta del sistema de cuidados lo cual hace una diferencia importante con otros países de América Latina como México, aunque en Uruguay las reformas más importantes que anteceden a su sistema de cuidados datan de hace poco más de 15 años.

A pesar de esos antecedentes, ninguno de los sistemas de cuidados ni de las políticas de cuidados hacen un señalamiento y vigilancia de las necesidades de cuidados generadas injustamente por la insatisfacción de otros derechos y se basan también en la creciente dependencia que cuestiona su sostenibilidad. Mantienen la mirada instrumental de los cuidados, aunque centrados en la persona, y si bien se argumenta un derecho al cuidado se hace poca alusión a lo que el Cuidado representa como un derecho para todas las personas centrándose en la diada persona receptora de cuidados-persona cuidadora.

Señalo que bajo tal perspectiva es riesgoso argumentar un Derecho al Cuidado porque tiene altas probabilidades de que la satisfacción del derecho -focalizada a los servicios de cuidados con calidad, los tiempos igualitarios para cuidar como una prestación laboral, mayor disponibilidad de recursos en las instituciones- sea condicionada por la falta de recursos o la voluntad del Estado o del mercado como ha ocurrido con el derecho a la salud. Es decir, la realización del derecho estaría sometida a aspectos que pueden generar mayor desigualdad (Ferrajoli) dada la variabilidad en la calidad de servicios y la capacidad de pago o, como señala la primera propuesta del sistema de Cuidados en la Ciudad de México (Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, 2018), las disposiciones de otorgar tiempo de cuidados para los trabajadores será obligatorio para las instituciones del gobierno; y a las empresas privadas se les incentivará a adscribirse a estas políticas mediante estímulos fiscales. Ello va en contra de los derechos humanos y la responsabilidad del Estado como garante de derechos.

La satisfacción de un derecho humano no puede ser ni discrecional ni estar vinculado a la voluntad pues como señala Ferrajoli (2009), los límites que impone el bien jurídico protegido por el derecho deben ser idóneos y congruentes por lo cual no deben estar sujetos a compensaciones monetarias.

En este sentido, por un lado, la propuesta planteada por Pautassi (2009, 2018 a,b) de considerar el Cuidado como un derecho humano es de la mayor relevancia y por otro, el artículo nueve de la Constitución de la Ciudad de México (2017) que plantea el

Cuidado como un derecho humano abre una posibilidad invaluable para avanzar en la igualdad en nuestras sociedades.

En el primer caso, Pautassi (2018a) ha argumentado el vínculo de los cuidados con otros derechos humanos, la necesidad de satisfacerlos y ha señalado también, la importancia de la definición de estándares e indicadores que den cuenta del progreso en la garantía del derecho humano al Cuidado. Sin embargo, lo adscribe a los ciudadanos y no a las personas y no hace una propuesta de bien jurídico.

Coincido en general en sus propuestas -que se apegan a las demandas feministas-; sin embargo, el señalamiento que realiza respecto de los estándares nos parece de particular relevancia sí, por la necesidad de dar cuenta del avance en la garantía del derecho al Cuidado, pero sobre todo porque implica una comprensión más integral que no ha sido lograda ni profundizada.

En cuanto a la Cd de México, la Constitución señala:

“Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado” (Gobierno de la Ciudad de México, 2017).

Es un acierto pues afirma el derecho para todas las personas y conforme a la teoría de los derechos fundamentales es un derecho subjetivo de todas las personas en cuanto tales lo cual es congruente con la naturaleza del Cuidado que es necesario a lo largo de la trayectoria de vida. Sin embargo, al señalar que serán las autoridades quienes establezcan el sistema de cuidado que incluye, en este caso la política de cuidados, se corre el riesgo de la reducción del derecho a una oferta de servicios que

siempre estará subordinada a la disponibilidad de recursos y es, además, una contradicción al señalamiento de inicial que da estatuto de derecho humano.

Lo anterior, justifica la propuesta que hago del Cuidado como un objeto complejo y, por tanto, el planteamiento que he desarrollado y que requiere de la incursión interdisciplinaria para su mejora, pero que aporta desde ya, elementos de análisis tanto para la comprensión del Cuidado y los elementos que lo determinan y, por lo tanto, para su argumentación congruente como un derecho humano; circunstancia de la mayor relevancia porque es indispensable actuar para modificar las condiciones estructurales que generan desigualdades injustas y diluyen el sentido profundo del Cuidado.

Esto permite, no solo ampliar la problematización del Cuidado sino identificar precisiones y énfasis necesarios en la actualidad toda vez que el Cuidado, - caracterizado como la posibilidad de la realización de los proyectos de vida valiosos o de felicidad (Ayres) y resultado de la sinergia de los cuidados y las condiciones para cuidar en una situación dialéctica de mutuo reconocimiento- implica elementos nodales como la unidad espacio-tiempo en la cual la experiencia del Cuidado se realice. Es decir, un lugar y un período de encuentro donde el cuidar guiado por el logro de la razón práctica contribuya al proyecto de los involucrados, a darle sentido, construya la ipseidad y se teja la historia de vida en esa experiencia del Cuidado.

Las condiciones para cuidar son un elemento determinante para ese logro, no solo en el momento sino en un continuo donde representen, por tanto, las oportunidades para construir dialécticamente la independencia y la autonomía, para conocer, entender y disfrutar el mundo, y decidir entre opciones sustantivas que permitan la consecución del proyecto de vida valioso y sostenible. En este sentido, al ser las condiciones un elemento fundamental que estructura al Cuidado, sostengo que las personas que aportan tales condiciones o los recursos para que esas condiciones sean posibles, están cuidando y ello también debe ser reconocido (Figuroa, 2018).

De hecho, es necesario cuestionar en el equilibrio de la distribución de los cuidados como acciones directas y la generación de condiciones para cuidar, en qué medida se

logra el derecho al Cuidado, por ejemplo, en el caso de los varones que mayoritariamente tienen limitada la experiencia del Cuidado como la hemos propuesto, '¿acaso la asignación de género como proveedores limita su derecho al Cuidado, ya sea para proporcionarlo y para cuidarse? La generación de condiciones para cuidar también debe ser reconocido.

Es necesario comentar que la unidad-espacio tiempo representa también una oportunidad para el autocuidado dado que es el lugar para pensar e imaginar, tejer el proyecto de vida además de acciones concretas. Implica reapropiarse del propio tiempo y de la propia vida, implica cuestionar las prioridades y la organización social vigente del *desarrollo* ya que actualmente, es uno de los elementos del Cuidado más difícil de lograr ya que los modos de vida actuales condicionan los tiempos por las demandas externas o autoimpuestas en la sociedad del rendimiento y los territorios adversos no solo para la diversidad funcional por la falta de infraestructura adecuada sino también por los niveles elevados de riesgos a la salud física, mental y social. Se trata además de un tiempo normado que diluye la temporalidad característica del Cuidado.

Adicionalmente, en el paradigma de las políticas de cuidados recientes, la orientación de los cuidados al logro de la razón práctica obliga a pensar, por un lado, qué de los cuidados o cuáles cuidados pueden delegarse, por ejemplo, a los servicios de cuidados y cuáles no. Cuestionar, como propone Ayres el actuar de los profesionales de la salud y debería, por tanto, cuestionarse el actuar de otras instituciones de cuidados como las instituciones sociales y los cuidados en los domicilios, este matiz es muy poco tomado en cuenta en las propuestas actuales de los sistemas de cuidados centradas en liberar el tiempo de las mujeres. Si bien hay consideraciones en algunos casos sobre la calidad de los servicios se refiere, nuevamente, al aspecto instrumental dejando la dimensión ética pendiente.

Los resultados que he presentado permiten profundizar y ampliar de forma congruente el horizonte de análisis del Cuidado y los cuidados. Muestran su relevancia para todas las personas, y cómo aspectos estructurales y sus procesos iniciados por lo menos

desde el siglo pasado, determinan la situación actual en detrimento de todas las personas de todas las edades.

Cuestionando el paradigma vigente y a partir de la propuesta ética y epistémica de la Salud Colectiva, he mostrado también que el Cuidado es indispensable para la vida digna de todas las personas a lo largo de la vida, que tiene elementos para ser considerado un derecho humano y es posible, además, delimitar un núcleo crítico que sea protegido y garantizado como tal y, por tanto, es indisponible a fuerzas del Estado, del mercado o de las mayorías.

La argumentación que he presentado como un derecho fundamental primario basada en la comprensión de la complejidad del Cuidado y en la caracterización y diferenciación entre Cuidado y cuidados aporta bases para la delimitación del Bien Jurídico protegido por un Derecho Humano al Cuidado y, por tanto, a un mejor discernimiento de los aspectos más determinantes del Cuidado que deban constituirse en obligaciones del Estado y en garantías del Derecho Humano al Cuidado. En este sentido, tanto el modelo de sistema complejo como la tipología analítica constituyen una contribución importante para la identificación de necesidades de cuidados, su magnitud y complejidad con lo que, pueden generarse indicadores y un observatorio que permita el diseño de políticas resolutorias pues es sensible al cumplimiento del logro práctico del Cuidado para todas las personas.

Como propone Ferrajoli, el Bien Jurídico es la semántica de lo que se considera valioso para una sociedad y tiene relevancia científica y política. El proyecto de vida de cada persona en condiciones de igualdad es el sustento ético y político del Bien Jurídico que he propuesto.

Con las categorías desarrolladas para el sistema complejo del Cuidado y la comprensión de su estructura -interacciones y funcionalidades-, los cuidados y las condiciones para cuidar desde la razón práctica, es posible construir obligaciones concretas bien delimitadas y a partir de las cuales, guiadas por el proyecto de vida valioso, se generen los estándares e indicadores del Derecho Humano al Cuidado evitando que se reduzcan a aspectos gerenciales o de rendimiento. A manera de

ejemplo, ¿pueden ser el desempeño escolar y la permanencia en la escuela un indicador del DHC en los menores de edad? Desde mi horizonte, ese indicador refleja la interacción de la salud física, mental, social de los menores que implica su contexto en el hogar y en la escuela, y permitiría atribuir obligaciones a las diferentes dimensiones involucradas. Sirva este ejemplo para resaltar que las tradiciones dominantes suelen centrarse en una mirada adultocéntrica.

Enfatizo que el Cuidado es un bien común que debe ser protegido como un Derecho Humano toda vez que, es indispensable para la vida digna dada su característica de orientarse al resultado positivo, al logro práctico y, que la falta de satisfacción del Cuidado obedece a aspectos estructurales que requieren la acción del Estado. Es la ausencia de condiciones adecuadas para cuidar y la generación de necesidades prevenibles de cuidados las que generan situaciones injustas.

La argumentación a partir de la Teoría Garantista de Luigi Ferrajoli permite generar garantías con la idoneidad necesaria que deban ser satisfechas por el Estado independientemente del cambio de poder, del poder de la mayoría y del mercado, y hace visible la necesidad de verificar las obligaciones de los subderechos del Cuidado como lo es en salud, trabajo, seguridad social y ambiente saludable. Y dada la interdependencia, interdefinibilidad e indivisibilidad de los Derechos Humanos, es posible que la satisfacción de otros derechos no se realice por la falta de Derecho al Cuidado.

Es indispensable el acercamiento con otros horizontes para generar los diálogos para el avance en el conocimiento de este objeto complejo de estudio y para la realización del Derecho Humano al Cuidado, más aún, porque el Cuidado cuestiona e interpela la organización socioeconómica actual desde los aspectos macro hasta el nivel particular donde, como argumenta Warnock, “en una situación precaria la gente debe afirmar y compartir ciertos valores o perecer” (2002, p129) el Cuidado requiere solidaridad y altruismo pues la ética inicia cuando nuestro objetivo es hacernos cargo de las necesidades, voluntades y deseos de los demás; levantar los ojos de la propia felicidad a la felicidad de los demás (íbidem).

IX. CONCLUSIONES

Desde la Salud Colectiva cuestioné el paradigma de las tradiciones hegemónicas sobre el Cuidado y los cuidados. Propuse la tesis de que el Cuidado y los cuidados son categorías diferentes y que el Cuidado tiene características que permiten considerarlo como un Derecho Humano, por tanto, para todas las personas.

La propuesta metodológica basada en la hermenéutica y los sistemas complejos me permitió construir el objeto de estudio a partir de un análisis que dio cabida a la diversidad de usos del cuidado y los cuidados. Las tradiciones predominantes identificadas han colocado a los cuidados y los efectos por su presencia o ausencia como parte de un problema actual. Sin embargo, a pesar de las contribuciones, si se mira solo desde alguna de ellas resulta insuficiente para comprender el Cuidado.

Mediante la fusión de horizontes y el análisis de las estructuras relacionadas pude delimitar el Cuidado como un sistema complejo y aseverar que el Cuidado y los cuidados son categorías diferentes pero interdependientes. El Cuidado da existencia y puede ser caracterizado como categoría abstracta, filosófica, compleja que se estructura por la interacción de los elementos que lo conforman -cuidados, condiciones para cuidar, el rol social, los subsistemas, etc Y los cuidados como sus expresiones concretas atravesadas por la cultura, los valores, los recursos, los conocimientos, el amor, el afecto, el poder, la historia de vida, entre otros aspectos. Es necesario diferenciarlas para avanzar en su comprensión.

La complejidad del Cuidado hizo visible un nudo crítico que puede ser considerado indispensable para que el logro del Cuidado -proyecto de vida valioso y sostenible que

cada persona considere- se realice. Esta aseveración me permitió definir con mayor precisión los alcances de los cuidados y los efectos de su ausencia, así como los aspectos estructurales que están vinculados. Representa, por tanto, un avance importante para explicar su determinación social hecho que guarda congruencia con el sustento realizado por la Salud Colectiva de la determinación social del proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado.

Esta aproximación dado que se trata de un marco epistémico diferente al de las tradiciones predominantes, a pesar de que, probablemente todas están bajo el paradigma del trabajo, aporta categorías de análisis nuevas que abren líneas de reflexión para un comprender diferente y, que implican también valores de justicia, igualdad, solidaridad, altruismo y, por tanto, una postura ética y ontológica particular, aspectos constitutivos también del Cuidado.

La identificación de distancias, divergencias, aportaciones y acuerdos a partir de la fusión de horizontes abre el diálogo tan necesario actualmente. Diálogos que pueden colocar en el centro al Cuidado como un bien común y dado su propósito, que rebasa el aspecto concreto, orienta hacia la vida digna y funciona como una delimitación formal y vinculada a situaciones de la vida protegidas como derechos humanos por lo cual, es posible afirmar que el Cuidado es una categoría que debe ser considerada como un derecho fundamental primario para todas las personas, es decir, un derecho humano. En este sentido, las dimensiones ética y política fortalecen su fundamentación ya que implicará cambios en la organización socioeconómica actual. Las dimensiones económica y epistémica mantienen los valores propuestos desde el marco epistémico de la Salud Colectiva y permiten dar cuenta de expresiones concretas del Cuidado.

El Bien Jurídico y las garantías -obligaciones-del Derecho Humano al Cuidado que he propuesto cumplen características señaladas -idoneidad- por el Garantismo y, por tanto, susceptibles de contribuir al logro del Cuidado -efectividad- ya que se derivan de la determinación social del Cuidado que fue posible comprender a partir de su análisis como sistema complejo. La importante y con frecuencia nada sencilla tarea de

operacionalización de un Derecho Humano, en este caso está favorecida por la delimitación de los elementos del sistema complejo y la tipología analítica con un nivel de generalidad y especificidad adecuados. Generalidad porque caracteriza el efecto de los cuidados sin limitar el tipo de cuidados o las condiciones para cuidar, y específica porque es sensible a las diferencias que cada contexto pueda representar. Circunstancia de la mayor relevancia para la garantía de un derecho pues reconoce las diferencias y al determinar las metas y garantías que deben satisfacerse para todas las personas, evita que las diferencias se conviertan en desigualdades injustas.

Los diálogos disciplinares, pero sobre todo sociales, resultarán indispensables pues el Cuidado cuestiona la organización socioeconómica actual que inicia y regresa en el nivel particular donde una ética capaz de levantar los ojos de la propia felicidad a la felicidad de los demás es fundamental. Poner en riesgo el Cuidado es poner en riesgo la vida misma y el futuro.

Puedo afirmar que la tesis propuesta fue verificada y confirmada.

Desde el punto de vista académico, es necesario que se someta a la revisión de otras aproximaciones epistémicas y metodológicas con el objetivo de ser mejorada pues se trató de una investigación teórica y si bien mediante una proporción importante de documentos hubo una aproximación a expresiones empíricas, queda aún un camino importante por recorrer.

X. LIMITACIONES

La complejidad del objeto de estudio requirió de la aproximación mediante los sistemas complejos y la hermenéutica. Sin embargo, en ningún caso son aspectos acabados, se trata de una primera propuesta del Modelo de sistema complejo del Cuidado que deberá ser someterse a un trabajo interdisciplinario más profundo y, por tanto, será modificada; y respecto de la aproximación hermenéutica, requiere profundización en los aspectos históricos que permitan contextualizar de mejor forma a las tradiciones y la evolución del sistema complejo del Cuidado. Ambas situaciones obedecen sobre todo a que son empresas que rebasan el período del doctorado. Si bien esto fue una circunstancia probable desde el inicio, decidí mantenerla porque aporta una aproximación amplia y puede representar la base de un campo de estudio pues provoca, precisamente, la convocatoria a otros estudiosos del tema.

En este sentido, es importante señalar que reconocemos la necesidad de incorporar aportaciones importantes de estudiosos del área y aquí particularmente me refiero a la escuela brasileña de Salud Colectiva concretamente a las aportaciones de Ricardo Ayres; también los trabajos en la ética del cuidado de Tronto, Carrasco, entre otros.

Esos espacios pudieran parecer omisiones. No es así pues era necesario avanzar desde un horizonte propio que, sin duda, me ha llevado a importantes acuerdos, particularmente con la escuela brasileña, y también matices o diferencias. Al presentar una articulación amplia aportó los espacios de encuentro para incorporar los avances específicos y mirar los efectos en la explicación de una totalidad. Sea esta la invitación.

REFERENCIAS

Almeida, C. (2006). Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. *Bienestar y Política social* VOL 2, No. 1, pp. 135-175.

Addati L, Cattaneo U., Esquivel. V., Valarino I., (2018) Care Work and Care Jobs for the future of Decent Work International Labour Organization [documento en internet], Accesado el 03 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htm.

Arteaga-Cruz, E.L. (2017). Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *SAÚDE DEBATE* | V. 41, N. 114, P. 907-919.

Ayres, J.R. de C.M. (1994). Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, 28: p 318, 1994, traducción propia.

Ayres, J.R.C.M.; (2001) Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72.

Ayres, J.R.C.M. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 20, núm. 2, julio-diciembre.

Ayres, JR; (2008) Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*, 4(2):159-172

Ayres, J.R.C.M. (2009) Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde; Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde; rio de Janeiro, Brasil; Ed Roseni Pinheiro.

Batthyány, K (2015); Las políticas y el cuidado en América Latina, CEPAL, Chile.

Blanco-Gil, J; López-Arellano, O; Rivera-Márquez, J; (1997); Territorio y Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México; Universidad Autónoma Metropolitana, México

BID. Banco Interamericano de Desarrollo, (2018); Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados / Nadin Medellín, Pablo Ibararán, Mauricio Matus, Marco Stampini. (Nota técnica del BID; 1438)

Bosch, A. Carrasco, C. Girall, E (2005) “Verde que te quiero violeta. Encuentros y desencuentros entre feminismo y ecologismo”, en Tello Ec, La historia cuenta. Barcelona: El Viejo Topo.

Byung-Chul, H. (2017) La sociedad el cansancio. Barcelona: Herder edit.

Carrasco, C. Borderías, C. Torns, T. (eds.) (2011) El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas; España: Los Libros de la Catarata.

Boyoung, J.; Soonman, K. (2017). Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons, Health Systems & Reform, 3:3, 214-223, DOI: 10.1080/23288604.2017.1345052.

Canguilhem, G. (1998). O normal e o patológico. Brasil. Editora Forense Universitaria.

Cattogio, L.M. La regla hermenéutica como sistema de significación y producción de texto. *Estud.filos* nº45 Junio de 2012 Universidad de Antioquia pp. 105-121.

Centro de Estudios Espinosa Yglesias. (2018). Informe movilidad social en México 2019. Hacia la igualdad regional de oportunidades. México. Centro de Estudios Espinosa Yglesias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015), Panorama Social de América Latina, Chile: CEPAL.

------(2016). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Chile. CEPAL

-----Repositorio de Información sobre Uso del Tiempo de América Latina y el Caribe. (s/f) [Folleto electrónico] división de Asuntos de Género CEPAL; [Accesado el 1 de julio de 2017] disponible en: http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/folleto_repositorio_de_las_encuestas_de_uso_del_tiempo_de_la_cepal.pdf.

Collier D, La Porte J, Seawright J (2012) "Putting Typologies to Work: Concept Formation, Measurement, and Analytic Rigor"; *Political Research Quarterly* [versión electrónica] vol 65, num I: 217-232.

Comisión Nacional de Derechos Humanos/Universidad Nacional Autónoma de México. (2019). Estudio Niñas, niños y adolescentes víctimas del crimen organizado en México. [Documento en internet] [Accesado el 03 de diciembre de 2019] Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Estudio-ninas-ninos-adolescentes-victimas-crimen.pdf>.

Consejo Económico y Social de la Ciudad de México. (2018). Propuesta de creación del sistema de cuidados en la Cd de México y su marco normativo. México. Gobierno de la Ciudad de México.

Di Castro, E. (2010) "Desigualdad, exclusión y justicia social", Revista de Filosofía Moral y Política N.º 43, julio-diciembre: 459-478.

Durán, M.A. (2018) Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado (cap) en El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas (pp 24-42). México: ONU Mujeres.

Echeverri, S. (2003) Enfermería: ciencia y arte de cuidar. Revista MEDICINA - Vol. 25 No. 3 (63) – Diciembre. [Accesado en internet el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/63-4/642/0>.

Elderly care in Sweden, (2018); Sitio web consultado el 25 de septiembre de 2019 en: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>.

Eternod, M; Jácome, T; (2018) El trabajo de cuidados, obstáculos para las autonomías de las mujeres, cap libro en: ONU-Mujeres, El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, ONU-Mujeres, México.

Ferrajoli, L. (2004) Derechos y garantías. La ley del más débil. Madrid. Edit Trotta.

----- (2009) Derecho y razón. Teoría del garantismo penal. 9ª ed. Madrid: Trotta.

Ferrajoli, L.et al. (2009) Los Fundamentos de los Derechos Fundamentales. Madrid: Trotta.

Figuroa, J.G: (2018). Salud y mortalidad paternas desde el cuidado de sí y de otros (cap) en: ONU-Mujeres, El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, ONU-Mujeres, México.

Foucault, M. (1984). La ética del Cuidado de sí como práctica de la libertad. (cap) en Foucault, M. (1994) Estética, Ética y Hermenéutica. Barcelona. Paidós

Foucault, M. (2003). La historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí. Argentina. Siglo XXI.

Fragoso PL. (2016). ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas para la Cd de México. [Publicación en internet] Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas [Accesado el 2 de julio de 2017] disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40482-quien-cuida-la-ciudad-opportunidades-propuestas-la-ciudad-mexico>.

Gadamer, H-G. (1993). Verdad y método. Salamanca. Sígueme

Galindo, L. (2018). Una aproximación al bienestar social de las familias lesbomaternales y homoparentales. México: Oxfam-México

----- (2020) La distribución de los cuidados en familias lesbomaternales en México. Artículo en prensa.

García, R. (2000). El conocimiento en construcción. España: Editorial Gedisa.

----- (2006). Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Barcelona. Editorial Gedisa.

----- (2011) “Interdisciplinarietà y Sistemas Complejos”, Revista Latinoamericana de Metodología de Ciencias Sociales, vol 1, num 1: 64-101.

Giménez, J. A. (2010). La dialéctica platónica como modelo de la experiencia hermenéutica en la filosofía de Gadamer; Revista de Filosofía Volumen 66:63 – 77.

Gobierno de la Ciudad de México. (2017). Constitución Política de la Ciudad de México. México, consultado el 15 de agosto de 2019 en: http://www.infodf.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf.

Goffman, E. (2006) en Arroyo, MC. Riberiro, M. Mancinas, SE (2011) La vejez avanzada y sus cuidados. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Habermas em AYRES, J.R. de C.M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. Rev. Saúde Pública, 28: 311-9, 1994, traducción propia.

Hernández, R.S; Fuentes, R.M.; (2016). Análisis competencial de la atención a la dependencia en los adultos mayores desde el ámbito institucional de México; Gestión y Política Pública Volumen XXv. Número 1. I semestre pp. 299-334.

IMSERSO. INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Sitio web consultado el 08 de octubre de 2016 en: http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm.

INE. Instituto Nacional Electoral (2018). Consulta infantil y juvenil 2018. Reporte de resultados. México. INE.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Sistema de Cuentas Nacionales de México, Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2013:

preliminar: año base 2008 [Publicación en internet]1ª ed. México:INEGI; 2014 [Accesado el 10 abril de 2017], disponible en ; http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825068851.pdf

----- (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Comunicado de prensa num. 525/18 31 octubre 2018 [documento en internet] [Accesado el 15 de diciembre de 2018] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>.

INMujeres; ONUMujeres. (2013). Visibilizar la contribución de las mujeres a la economía y a la sociedad [Documento en internet] [Accesado el 10 de diciembre de 2016] disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2013/7/trabajo-no-remunerado-y-uso-del-tiempo#view>.

INMUJERES (2015). El costo económico de desperdiciar el talento femenino. Boletín No. 6, año 1, octubre. Consultado el 03 de noviembre de 2019 en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN6.pdf.

Jarillo, E.; Granados, A. (coords) (2016). La Medicina Social en México, cuarenta años de la Maestría en Medicina Social. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Kosík, K. (1967). Dialéctica de lo concreto. México. Grijalbo.

Kuhn, T.S. (1995) La estructura de las revoluciones científicas. México. Fondo de Cultura Económica.

Lancet. (2017) January 07; 389(10064): 103–118. doi:10.1016/S0140-6736(16)31698-1.

Laurell, A.C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social Cuadernos Médicos Sociales Nº 19 – ENERO.

Lolas, S. (2001) Las dimensiones bioéticas de la vejez. Acta Bioethica: año VII, nº 1.

López-Arellano, O.; Rivera-Márquez, A.; Delgado-Campos, V.I.; Blanco-Gil, J. (2012). Pobreza, salud, educación y alimentación en jóvenes mexicanos: una aproximación desde los derechos humanos, Segunda época / Año 6 / número 11/ enero-junio.

López AO, López-Moreno S. (coords.) (2015) Derecho a la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM. (2013) Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex, 55 supl 2:S323-S331.

Marrades, A. (2016). Los nuevos derechos sociales: el derecho al cuidado como fundamento del nuevo pacto constitucional. Revista de Derecho Público, 97, 209-242.

Mendes-Gonçalves, R. B. (1995) Epidemiologia e emancipação. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [Internet] 2(2): 138-141 recuperado el 03 de diciembre de 2018 en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v2n2/a11v2n2.pdf>.

Mendes-Gonçalves, R. B. (2017). Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico (cap) en Ayres y Santos (coords). Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno, 1946-1996. Saúde, sociedade e história. São Paulo. Hucitec Editora Ltda.

Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. Gazeta de Antropología N°20, Texto20-02 [Accesado el 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html.

Møller J, Skaaning SE, (2015) "Explanatory Typologies as a Nested Strategy of Inquiry: Combining Cross-case and Within-case Analyses", Sociological Methods & Research 1-31, DOI: 10.1177/0049124115613778.

Naciones Unidas/Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No 14 [documento en internet] Comité de Derechos económicos, sociales y culturales; 2000 [Accesado el 05 de junio de 2017] disponible en http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/stories/biblioteca/pdf/documentos-sistema-naciones-unidas/observacionesgenerales/14_salud.pdf.

Nieves RM, Robles C. (2016) Políticas de cuidado en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Asuntos de Género, Chile: CEPAL.

OIT (s/f) Organización Internacional del Trabajo, Trabajo decente, [página de internet] [Accesada el 03 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>.

ONU Mujeres. (2017). El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2012. Transformar economía para realizar los derechos. (M Sepúlveda, Ed) [Documento en internet] [Accesado el 12 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.aecid.es/Centro->

[Documentacion/Documentos/Divulgacion/Comunicacion/11_17_UN16017_web.pdf](#)

OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala. [Documento en internet] Guatemala. Organización Panamericana de la Salud [Accesado el 23 de julio de 2018].

----- (2017). Salud en las Américas. Construyendo la salud en el curso de vida, [Página de internet], consultada en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=construyendo-la-salud-en-el-curso-de-la-vida&lang=es.

Organización Mundial de la Salud /Instituto para Personas Mayores. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Organización Mundial de la Salud/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). [Accesado el 03 de marzo de 2017] disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud; 2015 [Accesado el 10 de abril de 2017].

----- (2015). Salud y Derechos humanos [nota descriptiva] Organización mundial de la Salud; [Accesado el 10 de abril de 2017] disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

----- (s/f). Salud Ambiental. [Página en internet]. [Accesada el 10 de noviembre de 2016] Disponible en: https://www.who.int/topics/environmental_health/es/

Orozco, A. (2012). De vidas vivibles y producción imposible. [Página en internet] [Accesada el 10 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=144215>.

OXFAM (2018). OXFAM Internacional. [Página en internet] [Accesada el 15 de octubre de 2018] Disponible en: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/el-1-mas-rico-de-la-poblacion-mundial-acaparo-el-82-de-la-riqueza-generada-el-ano>

OXFAM Quebec. Política ambiental [Documentos en internet] [Accesado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://oxfam.qc.ca/wp-content/uploads/2015/04/OQ_politique_environnement_ES.pdf

Pacheco, E; (2018) El trabajo de cuidados desde la perspectiva del uso del tiempo (cap libro) en: ONU El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, Organización de las Naciones Unidas, México.

Pautassi L. (2007) El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos/Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Serie Asuntos de Género. Santiago: CEPAL. [Documento en internet] disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5809-cuidado-como-cuestion-social-un-enfoque-derechos>

-----a (2018). El cuidado: de cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción (cap) en ONU El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, Organización de las Naciones Unidas, México.

-----b (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. Revista de la Facultad de Derecho de México, Tomo LXVIII, Número 272, 717-742.

Pérez-Fragoso, A (2009) Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: ¿qué está ocurriendo?/ Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) Serie Género, Migración y Desarrollo Documento de trabajo 5 [Documento en internet] República Dominicana, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW); [Accesado el 27 de julio de 2017] disponible en <http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/consell/Doc.GT.Ilar.06.pdf>.

[Prieto, A. \(2018\). Discapacidad, infancia y trabajo de cuidados. En: *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* \(pp152-163\). México: ONU Mujeres](#)

RED-DESC [homepage]. Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; [Accesado el 25 de abril de 2017] disponible en: <https://www.escri-net.org/es/derechos/salud>.

Red de Cuidados en México. (2017) Página en internet disponible en: <https://www.facebook.com/reddecuidados/>

Reis CCA, Menezes TMO, Freitas AVS, Pedreira LC, Freitas RA, Pires IB. (2019) Being an institutionalized elderly person: meaning of experiences based on Heidegger's phenomenology. Rev Bras Enferm. 72(6):1632-8.

Ríos-Cazares, Gabriela y López Moreno, Sergio (2018), "Comprendiendo El cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva" en Jarillo Soto, Edgar y López Arellano, Oliva (2018) (Coords), "Salud Colectiva en México:

Quince años del Doctorado en la UAM”, Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Rodríguez E C, (2005) La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas. [Monografía en internet]. Buenos Aires: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas. [Accesado el 01 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2013/04/La-econom%C3%ADa-del-cuidado-un-aporte-conceptual-para-el-estudio-de-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas1>.

Romañach, J. y Lobato, M. (2007). Diversidad funcional. Comunicación e Discapacidades, 321-330. [Accesado el 23 de enero de 2017] Disponible en: <https://Dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2393402>.

Secretaría de Educación Pública (SEP), (2012) Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en el Nivel Medio Superior, México.

Segato, RL. (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En Bidaseca, K. (Co-comp.) Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América latina. GODOT

Sen A. (1999) Development as Freedom. Nueva York: Alfred A. Knopf.

----- (2010) La idea de la justicia. México: Santillana Editores Generales SA de CV.

Serrano, S.; Vázquez, D.(coords) (2013). Los Derechos en acción: obligaciones y principios de los derechos humanos/ Sandra Serrano y Daniel Vázquez. México: FLACSO México.

Sistema de Cuidados del Uruguay, (2019), Sitio web consultado el 30 de septiembre de 2019 en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy>

Siles, G.J., Solano, R. M. C. (2012) Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. Rev Esc Enferm USP 46(4):1015-22.

Tepichin, A. (2010). Políticas focalizadas para la superación de la pobreza y su impacto sobre la vida familiar. En Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas (447). México: Programa Universitario de Estudios de Género / El Colegio de México / A.C.

UNICEF-RELAF, (2010); Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Consultado el 25 de septiembre de 2019, en: [https://www.unicef.org/protection/Guia_Estandares_Operadores_Directrices_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/protection/Guia_Estandares_Operadores_Directrices_(2).pdf).

------(2016a), La infancia, sitio en internet en https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6876.htm (consultado el 03 de diciembre de 2016).

------(2016b) México, VIOLENCIA Y MALTRATO Sitio en internet en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm (consultado el 03 de diciembre de 2016).

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2017). Programa universitario de derechos humanos. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo). INEGI. Página en internet. [Accesado el 03 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.pudh.unam.mx/perseo/estadisticas-a-proposito-del-dia-internacional-de-la-mujer-8-de-marzo/>.

Uribe, G.M. y Abrantes, P.R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?. *Perfiles Latinoamericanos* 42: Julio/diciembre 2013: p 135-161.

Vargas, R.C.; Pérez, G.J.M.; (2010). La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. *Miradas regionales. Ensayo temático. La infancia cuneta México 2010.* México. Red por los Derecho de la Infancia en México.

Warnock M. (2002) *Guía ética para personas inteligentes.* México: Fondo de Cultura Económica.

Winnicott D. (1987) *Los bebés y sus madres.* Barcelona: Paidós

ANEXOS

ANEXO A Definiciones de cuidados

Diccionarios	
Definición	Fuente
<p>Cuidado Del lat. <i>cogitātus</i> 'pensamiento'. 1. m. Solicitud y atención para hacer bien algo. 2. m. Acción de cuidar (ll asistir, guardar, conservar). 3. m. Recelo, preocupación, temor. 4. interj. U. para amenazar o para advertir la proximidad de un peligro o la contingencia de caer en error. 5. interj. U. con sentido ponderativo o para llamar la atención</p> <p>Cuidar Del ant. <i>coidar</i>, y este del lat. <i>cogitāre</i> 'pensar'. 1. tr. Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. 2. tr. Asistir, guardar, conservar. Cuidar a un enfermo, la casa, la ropa. 3. tr. Discurrir, pensar. 4. prnl. Mirar por la propia salud, darse buena vida. 5. prnl. Vivir con advertencia respecto de algo.</p>	<p>Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario [página en internet] [Accesada el 09 de diciembre de 2016] disponible en: https://dle.rae.es/cuidado?m=form</p>
<p>Cuidado Atención solícita para hacer o conservar bien una cosa Cuidar Pensar, imaginar, mover o agitar en el espíritu</p>	<p>Cuervo, R.J. (1893) Diccionario de Construcción y Régimen de la Lengua Castellana. Tomo II. Colombia. Instituto Caro y Cuervo</p>
Documentos de políticas de cuidados y sistemas de cuidados	
Definición	Fuente
<p>Un proceso material y simbólico caracterizado por el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, la alimentación y el cuidado de los cuerpos, la socialización, la educación y la formación de los menores, el mantenimiento de relaciones sociales y el apoyo psicológico a los miembros de la familia</p>	<p>CEPAL (2007). El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe. CEPAL</p>
<p>El cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana.</p>	<p>Batthyány, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Montevideo: Centro Interamericano para el Desarrollo del</p>

<p>hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, el cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental. El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y, también, de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada (Batthyány, 2004).</p>	<p>Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)/Oficina Internacional del Trabajo (OIT)</p>
<p>Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. La acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, movilizarse, etc. (CEPAL,2009)</p>	<p>CEPAL, (2009). Panorama Social de América Latina, CEPAL, Chile</p>
<p>El trabajo de cuidados se refiere al trabajo que se realiza tanto en los hogares como fuera de éstos e incluye la provisión de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de la vida de las personas. El trabajo de cuidados no remunerado es aquel que se realiza sin obtener a cambio remuneración alguna, también dentro o fuera de los hogares</p>	<p>INMujeres; ONUMujeres. (2013).Visibilizar la contribución de las mujeres a la economía y a la sociedad [Documento en internet] [Accesado el 10 de diciembre de 2016] disponible en: https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2013/7/trabajo-no-remunerado-y-uso-del-tiempo#view</p>
<p>Actividades básicas -comer, bañarse, vestirse, deambular- e instrumentales -usar el teléfono, el transporte público, servicios bancarios, realizar compras, toma de medicamentos-; cuidados especializados para la salud en domicilio instituciones</p>	<p>Sistemas de cuidados en general Sistema de Cuidados del Uruguay, (2019), Sitio web consultado el 30 de septiembre de 2019 en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy</p>
<p>Cuidado es una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes... [El sistema de Cuidados] solo considera los cuidados que se brindan en forma directa a las personas, y excluye el cuidado indirecto, que incluye las actividades más instrumentales vinculadas al trabajo doméstico como cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa, etc. Este cuidado indirecto muchas veces es “precondición” para que el cuidado directo ocurra</p>	<p>Ministerio de Desarrollo Social. (MIDES) (2014). Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay. MIDES</p>

... comer, vestirse, moverse e incluso estar solo, por lo que su bienestar físico y mental depende de otra persona	Cejudo, G; (coord) (2017) Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México; Centro de Investigación y Docencia Económicas, México
... el cuidado es la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno; contiene actividades de transformación directa del entorno, pero también actividades de vigilancia que principalmente requieren disponibilidad y resultan compatibles con otras actividades simultáneas. En las sociedades con población joven, las actividades relacionadas con la supervivencia tienen un carácter más perentorio, directo y activo (nacimientos, primera infancia, riesgos elevados), en tanto que en las sociedades demográficamente maduras el cuidado en sus formas pasivas alcanza mayor intensidad y se convierte en una preocupación cotidiana.	Durán, M.A. (2018) Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado (cap) en El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas (pp 24-42). México: ONU Mujeres.
El trabajo de cuidados comprende dos tipos de actividades superpuestas: las actividades de cuidado directo, personal y relacional, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo, y las actividades de cuidado indirecto, como cocinar y limpiar. El trabajo de cuidados no remunerado consiste en la prestación de cuidados por parte de cuidadoras y cuidadores no remunerados sin recibir una retribución económica a cambio. La prestación de cuidados no remunerada se considera un trabajo, por lo que es una dimensión fundamental del mundo del trabajo	OIT. (2018). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen ejecutivo. Ginebra. Organización Internacional del Trabajo. [Documento en internet] [Accesado el 10 de septiembre de 2019] disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf

Documentos de salud	
Definición	Fuente
Cuidados en salud El producto de la reflexión sobre las ideas, sentimientos, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional), relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana.	Kleinmann A., 1989 citado en Siles, G.J., Solano, R. M. C. (2012) Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. Rev Esc Enferm USP 46(4):1015-22.
Preventivos Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a	Organización Mundial de la Salud citada en Blanco, R.J.H.; Maya, M.J.M.; Torres, G.Y. (2016). Fundamentos de salud pública: Epidemiología básica y principios de Investigación Tomo III. Colombia. Fondo Editorial

<p>detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida</p>	
<p>Paliativos</p> <p>Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual... ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte...están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud</p>	<p>Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [Página en internet]. [Accesada el 17 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care</p>
<p>De largo plazo</p> <p>Las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.</p>	<p>Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estado Unidos. Organización Mundial de la Salud</p>
<p>De enfermería</p> <p>Cuidados básicos. Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.</p> <p>El cuidado, como forma de arte y de desarrollo del potencial humano, necesita ser siempre más interiorizado y cultivado en los diferentes sectores y prácticas del vivir humano</p> <p>Autocuidado el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.</p>	<p>Virginia Henderson citada en: Bedillo, V.J.C. y Lendínez, C.J.F. (coords). (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España. Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén</p> <p>Martins JJ, Backes DS, Cardoso RS, Erdmann AL, Albuquerque GL (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso del vivir humano. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 16(2):276-81.</p> <p>Dorotea Orem en Prado, S.L.A.; González, R.M.; Paz, G.N.; Romero, B.K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic.</p>

<p>Cuidados intensivos La forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico. Cuidado progresivo del paciente, La forma en que se organizan y estratifican los servicios hospitalarios según las necesidades del paciente, de tal forma que reciba el tipo de atención médica, con la complejidad requerida, en el momento más oportuno, en el sitio y área física del hospital más apropiado a su estado clínico</p>	<p>Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [documento en internet] [Accesado el 10 de noviembre de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_025_SSA_2013.pdf</p>
<p>Cuidado ambiental Son las acciones dirigidas a preservar el medio ambiente que permita un desarrollo sostenible. Considerando que el medio ambiente son los elementos físicos, químicos y biológicos que interactúan con la vida.</p>	<p>OXFAM Quebec. Política ambiental [Documentos en internet] [Accesado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://oxfam.qc.ca/wp-content/uploads/2015/04/OQ_politique_environmental_ES.pdf</p> <p>Organización mundial de la Salud. Salud Ambiental. [Página en internet]. [Accesada el 10 de noviembre de 2016] Disponible en: https://www.who.int/topics/environmental_health/es/</p>

ANEXO B

Documentos y fuentes de información para análisis

a) Ecología

Espacios naturales y Desarrollo sustentable. [Página de internet] [Consultada el 23 de mayo de 2019] Disponible en <https://www.endesu.org.mx/>

OXFAM Quebec. Política ambiental [Documentos en internet] [Accesado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://oxfam.qc.ca/wp-content/uploads/2015/04/OQ_politique_environnement_ES.pdf

Organización Mundial de la Salud. Salud Ambiental. [Página en internet]. [Accesada el 10 de noviembre de 2016] Disponible en:

https://www.who.int/topics/environmental_health/es

Quiroz, BI; Del Amo, RS; Ramos, PJM. (2011) Desarrollo sustentable, ¿Discurso político o necesidad urgente. La ciencia y el hombre. Rev electronica. Vol. XXIV:3. Disponible en: <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol24num3/articulos/desarrollo/>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Página de internet] [Consultado el 15 de marzo de 2017] Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Programa de las Naciones Unidas México. [Página de internet] [Consultado el 10 de septiembre de 2018] Disponible en: <https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/environmentandenergy/overview.html>

b) Políticas, diccionarios y libros

Arroyo, RMC; Ribeiro, FM; Mancinas, EAE; (2011) La vejez avanzada y sus cuidados. Historia, subjetividad y significados sociales. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey

Banco Interamericano de Desarrollo (2018); Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados / Nadin Medellín, Pablo Ibararán, Mauricio Matus, Marco Stampini. (Nota técnica del BID; 1438)

Batthyány, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Montevideo: Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)/Oficina Internacional del Trabajo (OIT)

----- (2015); Las políticas y el cuidado en América Latina, CEPAL, Chile

Boff, L. (2002). El cuidado esencial. Editorial Trotta

Cejudo, G; (coord) (2017) Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México; Centro de Investigación y Docencia Económicas, México

Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas/Organización iberoamericana de Seguridad Social (s/f) Sitio web consultado el 23 de septiembre de 2017 en: <http://ciapat.org/es/catalogo>

CEPAL, (2009). Panorama Social de América Latina, CEPAL, Chile

------(2015), La Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, México

-----Nieves M y Robles C, (2016) Políticas de cuidado en América Latina. Forjándola igualdad, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Asuntos de Género, Chile: CEPAL

----- (s/f). Observatorio de igualdad de género en América Latina y el Caribe. Recuperado el 27 de julio de 2019, de oig.cepal.org/es/autonomias/autonomia-economica

Comision Economica para las Américas y el Caribe. (2016). Autonomia de las mujeres e iguadad en la agenda de desarrollo sostenible. En IEEE Transactions on Automatic Control (Vol. 20). <https://doi.org/10.1109/TAC.1975.1101110>

CONAPAM, sitio web consultado el 07 de octubre de 2019 en: https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Red_Cuido.pdf

Cuervo, R.J. (1893) Diccionario de Construcción y Régimen de la Lengua Castellana. Tomo II. Colombia. Instituto Caro y Cuervo

Díaz, M., & Orozco, A. P. (s/f). La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en España. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2011/10/espanol-la-organizacion-social-de-los-cuidados-y-vulneracion-de-derechos-en-espana>

Durán, M.A. (2018) Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado (cap) en El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas (pp 24-42). México: ONU Mujeres.

Elderly care in Sweden, (2018); Sitio web consultado el 25 de septiembre de 2019 en: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

Gobierno de Suecia, Cuidado de ancianos (2018) Sitio web consultado el 25 de septiembre de 2019 en: <https://www.informationsverige.se/es/jag-har-fatt-uppehallstillstand/samhallsorientering/boken-om-sverige/att-aldras-i-sverige/aldreomsorg/>

Gobierno de la Cd de México. (2018). El descuido de los cuidados vol 3, Gobierno de la Ciudad de México, documento en internet consultado el 4 de enero de 2019 en: <https://www.trabajo.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a9/98a/bdc/5a998abdc10e9032246894.pdf>

Henderson V citada en: Bedillo, V.J.C. y Lendínez, C.J.F. (coords). (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España. Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén

IMAS, Secretaría Técnica de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, Sitio web consultado el 07 de octubre de 2019 en:

<https://www.imas.go.cr/general/secretaria-tecnica-de-la-red-nacional-de-cuido-y-desarrollo-infantil>

INMujeres; ONUMujeres. (2013). Visibilizar la contribución de las mujeres a la economía y a la sociedad [Documento en internet] [Accesado el 10 de diciembre de 2016] disponible en:

<https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones>

/2013/7/trabajo-no-remunerado-y-uso-del-tiempo#view

Instituto de Mayores y Servicios sociales. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Sitio web consultado el 02 de octubre de 2016 en: http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm

Kleinmann A., 1989 citado en Siles, G.J., Solano, R. M. C. (2012) Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. Rev Esc Enferm USP 46(4):1015-22.

Martins JJ, Backes DS, Cardoso RS, Erdmann AL, Albuquerque GL (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso del vivir humano. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 16(2):276-81.

Mendoza-Núñez, VM; Sánchez- Rodríguez, MA; Correa-Mñoz, E. (2008). Estrategias de control de enfermedades crónicas degenerativas a nivel comunitario. Facultad de Estudios superiores Aragoza, UNAM; México

Ministerio de Desarrollo Social. (MIDES) (2014). Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay. Uruguay. MIDES

OCDE. (2019). OCDE Data gender wage gap. Recuperado el 2 de septiembre de 2019, de <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>

OIT. (2018). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen ejecutivo. Ginebra. Organización Internacional del Trabajo. [Documento en internet] [Accesado el 10 de septiembre de 2019] disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf

ONU-Hábitat. (2018). Índice de las Ciudades Prósperas CPI México 2018. Recuperado de <http://www.onuhabitat.org.mx/index.php/herramientas/cpi>

ONU Mujeres. (2015). Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Recuperado de http://www2.unwomen.org/-/media/field_office_mexico/documentos/publicaciones/2016/trabajo_doméstico_serie_transformar_nuestro_mundo.pdf?la=es&vs=1057

ONU Mujeres. (2017). El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017. Transformar economías para realizar los derechos (M. Sepúlveda, Ed.). Recuperado de http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Divulgación/Comunicación/11_17_UN16017_web.pdf

Orem, D en Prado, S.L.A.; González, R.M.; Paz, G.N.; Romero, B.K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic.

Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [Página en internet]. [Accesada el 17 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

----- (s/f). Salud en las Américas. Recuperado de Construyendo la salud en el curso de vida website: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=construyendo-la-salud-en-el-curso-de-la-vida&lang=es

----- (2007). Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

----- (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estado Unidos. Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud citada en Blanco, R.J.H.; Maya, M.J.M.; Torres, G.Y. (2016). Fundamentos de salud pública: Epidemiología básica y principios de Investigación Tomo III. Colombia. Fondo Editorial

Organización de Estados Americanos, (2015); Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador" / [Preparado por Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Anuales previstos en el Protocolo de San Salvador].

OIT/ILO, (2018) Care work and care jobs for the future of decent work; Organización internacional del trabajo/International Labour Office – Geneva

Organización de las Naciones Unidas. (2018) El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, Organización de las Naciones Unidas, México

Pérez, L; (2016) ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina (CEPAL) Serie Asuntos de Género. No 136. Santiago.

Pérez, L; (2016b) Políticas laborales: insumos necesarios para su diseño, (cap.), en: STFE-Gob CdMx, El descuido de los cuidados vol 1; Gobierno de la Ciudad de México

Pérez, L; (2018) ¿Quién cuida en la ciudad? Recursos públicos y necesidades de cuidados en la Ciudad de México; Comisión Económica para América Latina (CEPAL) Serie Asuntos de Género. No 152. Santiago

Saura, J; (2011) La exigibilidad jurídica de los derechos humanos especial referencia a los derechos económicos, sociales y culturales; Papeles el tiempo de los derechos, Núm 2; Barcelona

Secretaría Técnica de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, Sitio web consultado el 07 de octubre de 2019 en:

<https://www.imas.go.cr/general/secretaria-tecnica-de-la-red-nacional-de-cuido-y-desarrollo-infantil>

Sistema de Cuidados del Uruguay, (2019), Sitio web consultado el 30 de septiembre de 2019 en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy>

-----b (2019) Sitio web consultado el 30 de septiembre de 2019 en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/70511/1/decreto-snic-raiz.pdf>

UNICEF-RELAF, (2010); Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Consultado el 25 de septiembre de 2019, en: [https://www.unicef.org/protection/Guia_Estandares_Operadores_Directrices_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/protection/Guia_Estandares_Operadores_Directrices_(2).pdf)

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario [página en internet] [Accesada el 09 de diciembre de 2016] disponible en: <https://dle.rae.es/cuidado?m=form>

Reyes-Gómez, L; Villasana-Benítez, S. (2011). Gerontología social. Estudios de Argentina, España y México. Serie monografías 10. Universidad Autónoma de Chiapas; Chiapas

Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [documento en internet] [Accesado el 10 de noviembre de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_025_SSA_2013.pdf

c) Salud desde la perspectiva de curso de vida

Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health 2011; 11: 109.

Addo, O., Stein, A., Fall, C., Gigante, D., Guntupalli, A., Horta, B., ... Martorell, R. (2015). Parental childhood growth and offspring birthweight: Pooled analyses from four birth cohorts in low and middle income countries. American Journal of Human Biology, 27(1), 99–105

Amon J, Lohman D, Thomas L, (2010) Access to pain treatment & palliative care: A human rights, 24 TEMP. INT'L & COMP. L.J. 365, 368

Andrade et al. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin America countries. The Lancet, 385(9975), 4-10. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breastfeeding and cognitive development at age 1 and 5 years. Arch Dis Child 2001; 85: 183-188.

- Attanasio, OP. Vera-Hernández M. Nutrition and child care choices. Evaluating a community nursery programme in rural Colombia. http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labor/seminars/adp/pdfs/2008_attanasio.pdf
- Azevedo, V.M.R. & Bouillon, C.P., 2010. Intergenerational Social Mobility in Latin America: a Review of Existing Evidence. *Revista de análisis económico*, 25(2), pp.7–42.
- Bacallao J. El Enfoque del Curso de la Vida como base conceptual del Proyecto de Curso de Vida Saludable. Washington, DC; 2015
- Bacallao J, Peña M, Díaz A. (2012) Reducción de la desnutrición crónica en las bases biosociales para la promoción de la salud y el desarrollo. *Rev Panam Salud Publica* 32(2):145–50.
- Bär, C., & Blasco, M. A. (2016). Telomeres and telomerase as therapeutic targets to prevent and treat age-related diseases. *F1000Research*, 5, F1000 Faculty Rev–89. <http://doi.org/10.12688/f1000research.7020.1>
- Barker DJP. Mothers, babies, and disease in later life. London: BMJ Publishing Group, 1994.
- Bay JL, Morton SM, Vickeres MH; Realizing the Potential of Adolescence to Prevent Transgenerational Conditioning of Noncommunicable Disease Risk: Multi-Sectoral Design Frameworks; *Healthcare* 2016, 4, 39; doi:10.3390/healthcare4030039
- Benavente RMC, Valdés BA, (2014) “Políticas públicas para la igualdad de género: un aporte a la autonomía de las mujeres”, Libros de la CEPAL, N° 130 (LC/G.2620-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Bhalotra, S., Rawlings, S.B., 2012. Gradients of the intergenerational transmission of health in developing countries. *Review of Economics & Statistics* 94 (2).
- Bhutta ZA et al, Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Every Newborn Series* (3), *Lancet* 2014; 384: 347–70
- Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al, (2016) Early Childhood. Development Series Steering Committee. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Black, S., Devereux, P., 2010. Recent developments in intergenerational mobility. In: Ashenfelter, O., Layard, R., Card, D. (Eds.), *Handbook of Labor Economics*. Amsterdam, New York, NY.
- Blanc, D. Le & Le Blanc, D., 2015. Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets. *Sustainable Development*, 1(141), p.n/a–n/a. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/sd.1582>
- Blanco M, Pacheco E. Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población* [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2003 [cited 2016 Mar 10];9(38):159–93. Available from: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=11203805>
- Bleker, L. S., de Rooij, S. R., Painter, R. C., Van der Velde, N., Roseboom, T. J. (2016). Prenatal undernutrition and physical function and frailty at the age of 68 Years: The Dutch famine birth cohort study. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological sciences and medical sciences*.
- Bloom, D.E. and D. Canning (2008). “Population Health and Economic Growth” Commission on Growth and Development . Working Paper No.24)
- Bonell et al. What is positive youth development and how might it reduce substance use and violence? A systematic review and synthesis of theoretical literature. *BMC Public Health* (2016) 16:135 DOI 10.1186/s12889-016-2817-3.
- Breslow, L., 2006. Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*, 96(1), pp.17–19

Britto PR et al, Nurturing care: promoting early childhood development, *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*, Series 2 Lancet, Published Online October 4, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)

Brosens I, Brosens JJ, Fusi L, Al-Sabbagh M, Kuroda K, Benagiano G. Risks of adverse pregnancy outcome in endometriosis. *Fertility and Sterility* 2012; 98(1):30–5

Câmara, S. M. A., Pirkle, C., Moreira, M. A., Vieira, M. C. A., Vafaei, A., & Maciel, Á. C. C. (2015). Early maternal age and multiparity are associated to poor physical performance in middle-aged women from northeast Brazil: A cross-sectional community based study. *BMC Women's Health*, 15(1), 56. doi:10.1186/s12905-015-0214-1

Carson V et al, (2016) Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update; *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 41: S240–S265

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986). Retrieved from <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Case, A., Lubotsky, D., Paxson, C., 2002. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *American Economic Review* 92 (5), 1308–1334.

Catterjee, P. Roy D. (2016). Insight into the epigenetics of Alzheimer's disease: A computational study from human interactome. *Current Alzheimer's Research* . 13(12), 1385-1396. DOI: 10.2174/1567205013666160803151101

Christensen, K., Johnson, T. E., & Vaupel, J. W. (2006). The quest for genetic determinants of human longevity: challenges and insights. *Nature Reviews. Genetics*, 7(6), 436–448. <http://doi.org/10.1038/nrg1871>

Classen, T., Hokayem, C., 2005. Child influences on youth obesity. *Economics and Human Biology* 3 (2), 165–187.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000) disponible en https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14

Coneus, K., and Spiess, K. (2012). The intergenerational transmission of health in early childhood—Evidence from German socioeconomic panel study. *Economics and Human Biology*, 10(1), 89-97.

Contreras M, Heilman B, Barker G, Singh A, Verma R, Bloomfield J. Bridges to adulthood: understanding the lifelong influence of men's childhood experiences of violence analyzing data from the International Men and Gender Equality Survey. Washington, DC, Rio de Janeiro: International Center for Research on Women and Instituto Promundo; 2012

Corna, L.M., 2013. A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*, 18(2), pp.150–159. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2013.01.002>.

Courtenay, WH. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*. 50 (10), 1385-1401

Currie J, Moretti E (2007), 'Biology as Destiny? Short- and Long-Run Determinants of Intergenerational Transmission of Birth Weight' *Journal of Labor Economics*, Vol. 25, No. 2, pp. 231–264.

Dalto, G.C. A structural approach to women's hometime and experience-earnings profiles: Maternity leave and public policy; *Popul Res Policy Rev* (1989) Volume 8: 247-266

Das Gupta M et al, *El Estado de la Población mundial 2014*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014

Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016 Oct; 59(4S):S49-S60.

De Rose L, Corcuera P, Gas M, Fernandez LCM, Salazar A, Tarud C. Family instability and early childhood health in the developing world. Bethesda, MD: Child Trends; 2014.

Division of Birth Defects National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities C for D CandP. Recommendations | Folic Acid | NCBDDD | CDC [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 31]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/recommendations.html>

Dudley, K. J., Li, X., Kobor, M. S., Kippin, T. E., and Bredy, T. W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neurosci and Behavioral Reviews*, 35(7), 1544-1551

Dupont C et al, Maternal Nutrition and its effects on offspring Fertility and the importance of the periconceptual period on Long-term Development (Chap 2) in Matata, BM The Molecular Basis for the link between Maternal Health and the Origin of Fetal Congenital Abnormalities ; AE Bentham Science Publishers 2011 ProQuest ebrary pp 20-33

Elahi MM, Matata BM; Fetal programming of disease in later life mechanism beyond maternal influence (Chap 1) in Matata BM, The Molecular Basis for the link between Maternal Health and the Origin of Fetal Congenital Abnormalities, AE Bentham Science Publishers 2011 ProQuest ebrary pp 3-19

EKOS consultants (2013). Evaluation of the use and identification of critical nodes and improvements to the system registry, referral and monitoring subsystem child protection Chile grows with you. Final Report. Retrieved from <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/>

Fall, C., Osmond, C., Haazen, D., et al. Disadvantages of having an adolescent mother. *www.thelancet.com/lancetgh* Vol 4, November 2016.

Frasquilho et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review; *BMC Public Health* (2016) 16:115

Frech, A., & Damaske, S. (2012). The relationships between mothers' work pathways and physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 396-412. doi:10.1177/0022146512453929

Frey, C. A., Farrell, P. M., Cotton, Q. D., Lathen, L. S., & Marks, K. (2014). Wisconsin's lifecourse initiative for healthy families: Application of the maternal and child health life course perspective through a regional funding initiative. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 413. doi:10.1007/s10995-013-1271-4

Gartland, D., Woolhouse, H., Giallo, R. et al, Vulnerability to intimate partner violence and poor mental health in the first 4-year postpartum among mothers reporting childhood abuse: an Australian pregnancy cohort study, *Arch Womens Ment Health* (2016) 19:1091–1100

GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117-71. Medline:25530442 doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2

Gelaye, B., Kajeepeta, S., Zhong, Q., Borba, C. P. C., Rondon, M. B., Sánchez, S. E. Williams, M. A. (2015). Childhood abuse is associated with stress-related sleep disturbance and poor sleep quality in pregnancy. *Sleep Medicine*, 16(10), 1274-1280

Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ; Childhood family income and life outcomes in adulthood: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand; *Social Science & Medicine* 74 (2012) pp 1979-1986 doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.028

Gigante, D. P., Horta, B. L., Matijasevich, A., Mola, C. L. d., Barros, A. J. D., Santos, I. S., . . . Victora, C. G. (2015). Gestational age and newborn size according to parental social mobility: An intergenerational cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(10), 944-949. doi:10.1136/jech-2014-205377

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68_81.

Gohlmann, S., Schmidt, C., Tauchmann, H., 2010. Smoking initiation in Germany: the role of intergenerational transmission. *Health Economics* 19 (2).

Gottesman RF et al; (2017) Association Between Midlife Vascular Risk Factors and Estimated Brain Amyloid Deposition; JAMA. 2017; 317 (14):1443-1450

Gostin, Lawrence O. A visión of Health and Human Rights for the 21st Century: A continuing Discussion with Stephen P. Marks. 29 J.L. Med. & Ethics, 139 (2001))

Gottesman RF, Association Between Midlife Vascular Risk Factors and Estimated Brain Amyloid Deposition, JAMA. 2017;317(14):1443-1450. doi:10.1001/jama.2017.3090

Government of Chile. Chile Grows with Executive Secretariat, Department of Health Promotion and Citizenship MINSAL, Division of Healthy Public Policy and Health Promotion. 2010 Guidelines for the promotion of child development in local management. Children at the center of their community. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/04/Promocion-del-Desarrollo-Infantil.pdf>

Government of Colombia. Zero to always. National Strategy for integral attention to early childhood. <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>. (accessed Dec 22, 2013; in Spanish)

Grantham-McGregor S (Senior author), Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee; Early childhood development coming of age: science through the life course, LANCET, publicado en línea el 04 de octubre de 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

Graham M, Is Being Childless Detrimental to a Woman's Health and Well-Being Across Her Life Course? Volume 25, Issue 2, March–April 2015, Pages 176–184

Grundy, E., & Kravdal, Ø. (2014). Do short birth intervals have long-term implications for parental health? results from analyses of complete cohort norwegian register data. Journal of Epidemiology and Community Health, 68(10), 958-964. doi:10.1136/jech-2014-204191

Haire-Joshu D, Tabak R Preventing (2016) Obesity Across Generations: Evidence for Early Life Intervention Annu Rev Public Health; 37: 253–271.

Halfon N, Hochstein M; Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy and Research The Milbank Quarterly, 2002 :Vol 80, No 3, pp 233-279

Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. Int J Gynaecol Obstet 2014; 124: 6_11.

Hanson, M. A., Gluckman, P. D., Ma, R. C. W., Matzen, P., & Biesma, R. G. (2012). Early life opportunities for prevention of diabetes in low and middle income countries. BMC Public Health, 12(1), 1025. doi:10.1186/1471-2458-12-1025

Harson MA. Gluckman PD , Early Developmental Conditioning of Later Health and Disease: Physiology or Pathophysiology? Physiol Rev. 2014 Oct; 94(4): 1027–1076

Harter JK, Gurley VF, (2008) Measuring health in the United States. APS Obs, 21 pp. 23–26

International College of Person-Centered Medicine 2015. <http://www.personcenteredmedicine.org/>

Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. Calverton, MD: MEASURE DHS and ORC Macro; 2004.

Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization, 2005

Hirvensalo M, Lintunen T ;(2011) Life-course perspective for physical activity and sports participation, Eur Rev Aging Phys Act 8:13–22

Hosseinpour AR, Stewart Williams J, Amin A, Araujo de Carvalho I, Beard J, et al. (2012) Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health

Huston, C., (May 31, 2013) "The Impact of Emerging Technology on Nursing Care: Warp Speed Ahead" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 2, Manuscript 1

Jiménez Guzmán ML, Tena Guerrero O (Coords), Reflexiones sobre masculinidades y empleo Universidad Nacional Autónoma de México Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Cuernavaca, Morelos, 2007 522p

Kaplan GA, Baltrus PT, Raghunathan TE; The shape of health to come: prospective study of the determinants of 30-year health trajectories in the Alameda County Study; *International Journal of Epidemiology* 2007;36:542–548

Knapp M, *Mental Health in an age of austerity*, *Evid Based Mental Health* 2012 15: 54-55

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:359–64.

Kim Y, Sikoki B, Strauss J, Witoelar F. Intergenerational Correlations of Health Among Older Adults [Internet]. RAND Corporation; 2011 [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://www.rand.org/pubs/working_papers/WR879.html

Kluger J, The Benefits of Being an older mother; Sitio en internet consultado en: http://motto.time.com/4708238/benefits-older-mothers/?xid=time_socialflow_twitter

Korc M, Hubbard S, Suzuki T, Jimba M. *Health, Resilience, and Human Security: Moving Toward Health for All*. New York: Japan Center for International Exchange and Pan American Health Organization; 2016. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28286>

Kramer, M. R., Dunlop, A. L., & Hogue, C. J. R. (2014). Measuring women's cumulative neighborhood deprivation exposure using longitudinally linked vital records: A method for life course MCH research. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 478. doi:10.1007/s10995-013-1244-7

Kuzawa, C. W., & Thayer, Z. M. (2011). Timescales of human adaptation: The role of epigenetics processes. *Epigenetics*, 3(2), 221-234

Lalonde, M., 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa. Available at: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf>

Larson, N, Story, M, Eisenberg, M, Neumark-Sztainer, D (2006) Food Preparation and Purchasing Roles among Adolescents: Associations with Sociodemographic Characteristics and Diet Quality. (2006) Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822305019024>

Leicht I. Growth and health. *Br J Nutr* 1951; 5: 142-51. En *In J Epidem* 2001; 30: 212-216

Lerner RM, Lerner JV, and colleagues. The positive development of youth: comprehensive findings from the 4-H study of positive youth development. Tuft University. Available at: <http://3t61of1t6u3x3af7ir2y91ib.wpenginengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2016/02/4-H-Study-of-Positive-Youth-Development-Full-Report.pdf>

Li Q, Tsui AO; Maternal Risk Exposure and Adult Daughters' Health, Schooling, and Employment: A Constructed Cohort Analysis of 50 Developing Countries *Demography* (2016) 53:835–863

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224–2260. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

Loureiro, M.L., Sanz-De-Galdeano, A., Vuri, D., 2010. Smoking habits: like father, likeson, like mother, like daughter? *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 72(6), 717–743

Luby JL. Poverty's most insidious damage: the developing brain. *JAMA Pediatr* 2015; 169: 810–11

Lumey LH. Reproductive outcomes in women prenatally exposed to undernutrition: a review of findings from the Dutch famine birth cohort. *Proc Nutr Soc* [Internet]. 1998 Feb [cited 2016 Mar 10];57(1):129–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9571718>

MacMillan HL, Wathen CN, Varcoe CM. Intimate partner violence in the family: considerations for children's safety. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 1186_91.

Mason E et al, From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation, *Every New Born Serie* (5), *Lancet* 2014; 384: 455–67

- Martorell, R. & Zongrone, A., 2012. Intergenerational influences on child growth and undernutrition. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(SUPPL. 1), pp.302–314
- MC Ginnis et al. (2016). *Systems strategies for better health throughout the life course. Avital direction for health and health care.* National Academy of Medicine. Washington DC
- McGinnis JM, Diaz A, Halfon N; *Systems Strategies for Better Health Throughout the Life Course*; JAMA. 2016 Oct 25; 316(16):1639-1640
- McCann JC, Ames BN. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function. *Am J Clin Nutr.* 2007; 85(4):931-45.
- Méndez-Hernandez P et al; (2009) Physical activity and risk of Metabolic Syndrome in an urban Mexican cohort *BMC Public Health*, 9:276
- Méndez-Hernández P, Dosamantes-Carrasco D, Siani C, Flores YN, Arredondo A, Lumbreras-Delgado I, Granados-García VM, Denova-Gutiérrez E, Gallegos-Carrillo K, Salmerón J. (2011) A workplace physical activity program at a public university in Mexico can reduce medical costs associated with type 2 diabetes and hypertension. *Salud Publica Mex* 54:20-27
- Meryn, S. and Shabsigh, R. (2009) Men's health: past, present and future, *Journal of Men's Health*, 6, 3, 143–146.
- Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, de Leiva A, Dunger DB, Hadden DR et al. Summary and recommendations of the fifth international workshop conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2007; 30 (Supplement 2):S251–60.
- Mezzic, J. E., and Perales, A. (2016). Person centered clinical care: principles and strategies. *Peruvian Journal of Experimental Medicine and Public Health*, 33(4). <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2567/2594>
- Mezzich JE. (2007) *Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism.* World Psychiatry. 6(2): 65-7
- Michael Marmot et al., "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health," *The Lancet* 372, no. 9650 : 1661–1669
- Michel JP, Dreux C., Vacheron A, Healthy ageing: Evidence that improvement is possible at every age, *European Geriatric Medicine* 7 (2016) 298–305
- Mishra Gd et al. InterLACE: A new International Collaboration for a Life Course Approach to Women's Reproductive Health and Chronic Disease Events, *Maturitas* 74 (2013) 235– 240
- Mitchell PJ, Cooper C, Dawson-Hughes B, Gordon CM, Rizzo R, (2015) Life-course approach to nutrition, *Osteoporos Int* 26:2723–2742
- Morof Lubkin I, Larsen P.(2014) *Chronicity.* In: *Chronic Illness: Impact and Intervention.* 7th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; p. 4–6.
- Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287: 2365-2371.
- Naciones Unidas.(2015) *Asamblea General Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,* Available at: http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
- Naciones Unidas, *La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030),* disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

- Nagata JM, Ferguson BJ, Ross DA. Research Priorities for Eight Areas of Adolescent Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Adolesc Health*. 2016 Jul; 59(1):50-60.
- Noble KG, Houston SM, Brito NH, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci* 2015; 18: 773–78.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349.
- Oken E, Gillman MW, (2003) Fetal origin of obesity, *Obesity research* vol. 11 No. 4
- OMS (2010). Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre envejecimiento y salud
- Oficina Nacional de Estadística y UNICEF, 2016. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, Informe Final. Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística.
- [Organización Mundial de la Salud, Water, sanitation and hygiene: Quantifying the health impact at national and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage, Environmental Burden of Disease Series, N 15 (Ginebra, 2007)
- OMS (2008). El derecho a la salud. Folleto informativo 31. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. United Nations. Ginebra:Suiza
- Ordoñez AE, Collins PY, Advancing Research to Action in Global Child Mental Health; *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 October; 24(4): 679–697
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), consultado el 25 de marzo en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- Owen, T. (2014). Genetic mechanisms in the intergenerational transmission of health. *Journal of Health Economics*. 35(1), 132-146.
- Organización Mundial de la Salud, Principales peligros para la salud de los niños, sitio en internet consultado el 21 de marzo de 2017 en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/>
- Parodi, J. F. (2015). El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades para la Salud Pública. Retrieved from https://issuu.com/unidaddeninezyadolescencia/docs/el_curso_de_vida_renovando_enfoque
- Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*. 2012;389(9826):1665–75
- Patro B et al, Maternal and Paternal Body Mass Index and Offspring Obesity: A Systematic Review; *Ann Nutr Metab* 2013;63:32–41
- Perera FP1, Rauh V, Whyatt RM, Tang D, Tsai WY, Bernert JT, Tu YH, Andrews H, Barr DB, Camann DE, Diaz D, Dietrich J, Reyes A, Kinney PL. A summary of recent findings on birth outcomes and developmental effects of prenatal ETS, PAH, and pesticide exposures, *Neurotoxicology*. 2005 Aug;26(4):573-87.
- Pichora-Fuller K, Mick P, Reed M. Hearing, Cognition, and Healthy Aging: Social and Public Health Implications of the Links between Age-Related Declines in Hearing and Cognition. *Semin Hear*. 2015 Aug; 36(3): 122–139.

Pirkle, C. M., de Albuquerque Sousa, Ana Carolina Patrício, Alvarado, B., Zunzunegui, M., IMIAS Research Group, & For the IMIAS Research Group. (2014). Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: Cross-sectional analysis from the international mobility in aging study. *BMC Public Health*, 14(1), 293. doi:10.1186/1471-2458-14-293

Raum E, Rothenbacher D, Ziegler H, Brenner H; (2007) Heavy physical activity: risk or protective factor for cardiovascular disease? A life courseperspective: *Ann Epidemiol*. 2007 Jun;17(6):417-24. Epub Mar 28

Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Stress and maternal postpartum depression: The importance of stress type and timing. *Population Research and Policy Review*, 34(6), 851-875. doi:10.1007/s11113-015-9368-7

Rich-E et al (2010). Breathing life into the lifecourse approach: Pregnancy history and cardiovascular disease in women, *Hypertension*. September; 56(3): 331–334.

Richter LM et al, Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development, *LANCET* , Online October 4, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)

Roberts D, Dalziel S (2006) Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*.19;(3)

Robine JM.(2003) Life course, environmental change, and life span. *Popul Dev Rev* [Internet]. 29:229–38. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3401353>

Sarkar NN.(2008) The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcomes. *J Obstet Gynaecol* 28: 266_71.

Sattar N, Greer IA.(2002) Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *British Medical Journal* 325(7356):157–60

Saunders TJ et al; (2016) Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth; *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 41: S283–S293

Scher MS(2012) An interdisciplinary fetal/neonatal neurology program., *J Child Neurol*.Apr;27(4):496-502. doi: 10.1177/0883073811431825. Epub 2012 Jan 30 1

Scribano, P. V., Stevens, J., Kaizar, E., & NFP-IPV Research Team. (2013). The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 17(2), 307-318. doi:10.1007/s10995-012-0986-y

Seaford, C. (2011). Policy: time to legislate for the good life. *Nature*, 477 (2011), pp. 532–533

Secretaría de Salud (2015) Informe de la salud de los mexicanos; México; disponible en: www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html

Shonkoff JP, Garner AS. (2012) The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 129: e232–46.

Shonkoff et al .(2012) The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. United Children's Fund (UNICEF). Improving child nutrition: the achievable imperative for global progress. New York: UNICEF, 2013. http://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_-_the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf

Sim JH, Chung D, Lim JS, Lee MY, Chung CH, Shin JY, et al. (2015) Maternal Age at First Delivery Is Associated with the Risk of Metabolic Syndrome in Postmenopausal Women: From 2008– 2010 Korean National Health and Nutrition Examination Survey

Smith, G. D. (2007). Life course epidemiology of disease: a tractable problem? *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 479-80

Solantaus T, Leinonen J, Punamaki RL.(2004) Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol* 40:412–29.

Staehelin, K., Berteau, P.C. & Stutz, E.Z; Length of maternity leave and health of mother and child – a review, *Int J Public Health* 52 (2007) 202–209

Stein R E K., Siegel M J I, Bauman L I, Double Jeopardy: What Social Risk Adds to Biomedical Risk in Understanding Child Health and Health Care Utilization; *Academic Pediatrics* 2010;10:165–71

Stiglitz J Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf

Strömbäck M, Malmgren-Olsson EB, Wiklund M,(2013) 'Girls need to strengthen each other as a group': experiences from a gender-sensitive stress management intervention by youth-friendly Swedish health services – a qualitative study, *BMC Public Health* 13:907

Sullivan, Luke. Men, Masculinity and Male Gender role Socialization: Implications for Men's Mental Health and Psychological Help Seeking Behavior, Canterbury Christ Church University

Staehelin, K., Berteau, P.C. & Stutz, E.Z. Length of maternity leave and health of mother and child – a review, *Int J Public Health* 52 (2007) 202–209

The Lancet Every Newborn Study Group. Every Newborn, An Executive Summary for The Lancet's Series; Published Online May 2014; acces in http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn_exec_summ.pdf

Thompson, M. L., Ananth, C. V., Jaddoe, V. W. V., Miller, R. S., & Williams, M. A. (2014). The association of maternal adult weight trajectory with preeclampsia and gestational diabetes mellitus. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 28(4), 287-296. doi:10.1111/ppe.12128

Tran, N. T., Clavarino, A., Williams, G. M., & Najman, J. M. (2016). Life course outcomes for women with different alcohol consumption trajectories: A population-based longitudinal study. *Drug and Alcohol Review*, 35(6), 763-771. doi:10.1111/dar.12428

Uauy R, Hoffman DR, Peirano P, Birch DG, Birch EE. Essential fatty acids in visual and brain development. *Lipids*. 2001; 36(9):885-95

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2012 revision. DVD Edition. United Nations; New York: 2013, consultado el 04 de abril de 2017 en: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf

Varcoe C, Hankivsky O, Labatt GA Attributing Selected Costs to Intimate Partner Violence in a Sample of Women Who Have Left Abusive Partners: A Social Determinants of Health Approach Canadian Public Policy Vol. 37, No. 3 September 2011, pp. 359-380

Venter, J.C., Adams, M.D., Myers, E.W., Li, P.W., Mural, R.J., Sutton, G.G., Smith, H.O., et al., 2001. The sequence of the human genome. *Science* 291 (5507).

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, and for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371: 340–357.

Waller, HT (1984), 'Height, Weight, and Mortality: The Norwegian Experience' *Acta Medica Scandinava*, Vol. 77, pp. 279-303.

Waddell G, Burton AK, Is work good for your health and well-being? TSO (The Stationery Office 2006 London pp 257

Wagner P, Perales A, Armas R, Codos O, de los Santos R, Elio-Calvo D, et al. Bases y perspectivas latinoamericanas sobre medicina y salud centradas en la persona. *An. Fac. med.* 2015; 76 (1): 63-70

- Waterland RA, Garza C. Potential mechanisms of imprinting that lead to chronic disease. *Am J Clin Nutr* 1999; 69:179-197.
- Waterland RA, Michels KB. Epigenetic epidemiology of the developmental origins hypothesis. *Annu Rev Nutr*. 2007;27:363-88.
- Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD.(2011) Interventions for preventing obesity in children, *Cochrane Database Syst Rev*. (12):CD001871. doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub3.
- Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 2004, 114:492
- White A, editor. *The State of Men's Health in Europe. Extended Report*. Brussels: European Commission; 2011
- WHO. (2016) mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0
- WHO.(2012) Born too soon: The global action report on preterm birth. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
- WHO. Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition. Delisle H, editor. *Evidence and implications for policy and intervention strategies*. Geneva: WHO; 2002.
- Wigle DT1, Arbuckle TE, Turner MC, Bérubé A, Yang Q, Liu S, Krewski D. Epidemiologic evidence of relationships between reproductive and child health outcomes and environmental chemical contaminants. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*. 2008 May;11(5-6):373-517
- Women's Reproductive Health and Chronic Disease Events, *Maturitas* 74 (2013) 235– 240
- World Bank; *The World Development Report 2012: Gender Equality and Development*, 2011 Washington, DC
- World Commission on Environment and Development, 1987. *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future (The Brundtland Report)*. *Medicine, Conflict and Survival*, 4(1), p.300
- World Health Organization, 2014. What is universal health coverage? Online Q&A. Available at: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/ [Accessed February 24, 2016].
- World Health Organization Impact of economic crises on mental health Regional Office for Europe 2011
- World Health Organization. *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes*. WHO, Geneva, 2011
- World Health Organization: Women and Gender Equity Knowledge Network; *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*; September 2007, disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Young Lives, 2015. *Nutrition, Stunting and Catch-Up Growth*, Oxford. Available at: <http://www.ninosdelmilenio.org/wp-content/uploads/2015/12/pb27.pdf>
- Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med* 2011; 72: 1534_54.
- Zahra K, Masoumeh S, Mahrokh D, Farrid Z; Correlation between Social Determinants of Health and Women's Empowerment in Reproductive Decision-Making among Iranian Women; *Glob J*