II Simposio de Discapcidad - UNQUI

Eje temático: Políticas Públicas y Marco Legal

Proyecto de investigación: La intervención actual del trabajo social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata. Directoras: Dra. Margarita Rozas Pagaza y Dra. Mariana Gabrinetti

Palabras claves: cuidados, discapacidad, derechos

**Discapacidad, enfoque de derechos y cuidados: ¿semantizaciones patriarcales?**

Lic. Liliana González Monge lilylaplata@yahoo.com.ar

Mgter. Paula Danel – danelpaula@hotmail.com

Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad

Facultad de Trabajo Social - UNLP

**Resumen**

En el presente trabajo compartiremos las reflexiones que venimos sosteniendo en relación a la categoría de políticas sociales con enfoque de derechos, en relación al campo de la discapacidad. En ese marco, hemos añadido discusiones sobre las prácticas de cuidado que se despliegan en el campo, lo que nos permitió dialogar con debates interdisciplinarios en torno a las relaciones de autonomía y autovalimiento.

Una dimensión constitutiva de esta investigación es la asociada a los procesos de intervención profesional del Trabajo social, por lo que las reflexiones en las diferentes tramas de la construcción de lo público, y al mismo tiempo de la configuración de las agendas estatales adquirieron centralidad. El trabajo recuperará las discusiones conceptuales de políticas sociales, enfoque de derechos y cuidados desde una perspectiva crítica que habilite modos diferentes de encarar el análisis de las intervenciones.

En este marco, compartimos los aportes de la investigación, y los interrogantes que se han incluido en el proceso mismo de pesquisa, incluyendo análisis sobre los bordes del cuidado, las asignaciones diferenciales de la responsabilidad de la reproducción familiar y la inminente preocupación frente a la búsqueda de des – familiarizar y des – feminizar los cuidados.

# Introducción

En el presente trabajo compartiremos las reflexiones que venimos sosteniendo en relación a la categoría de políticas sociales con enfoque de derechos, en relación al campo de la discapacidad. En tal sentido, recuperamos los consensos internacionales y los de nuestro país en torno a un modo de nombrar y producir a la discapacidad en clave de derechos humanos. Estos idearios son puestos en tensión a la luz de la recupèración de las prácticas sociales desplegadas en el campo, que nos advierten puntos a resolver asociados a la idea de cuidado feminizado y familiarizado.

Una dimensión constitutiva de esta investigación es la asociada a los procesos de intervención profesional del Trabajo social, por lo que las reflexiones en las diferentes tramas de la construcción de lo público, y al mismo tiempo de la configuración de las agendas estatales adquieren centralidad. En este marco, compartimos los aportes de la investigación, y los interrogantes que se han incluido en el proceso mismo de pesquisa, incluyendo análisis sobre los bordes del cuidado, las asignaciones diferenciales de la responsabilidad de la reproducción familiar y la inminente preocupación frente a la búsqueda de des – familiarizar y des – feminizar los cuidados.

# Políticas sociales con enfoque de derechos

Desde el equipo de investigación que integramos se plantea que hasta el año 2015, el escenario latinoamericano venía desarrollando líneas de trabajo político, económico, social y cultural convergentes en una perspectiva que colocaba a la cuestión social - en la región - en un lugar privilegiado. En tal sentido, los programas de inclusión social imponían una narrativa que señalaba la producción de ciudadanos en su carácter de sujetos de derechos.

Coincidiendo con la apreciación de Pautassi "se agrega este nuevo aspecto de 'protección' sobre el concepto fundador de los regímenes de bienestar que era la 'seguridad social'" (Pautassi, 2012: 21). En este sentido, la mencionada autora plantea una diferencia sustantiva entre un sistema integrado de seguridad social, -caracterizado por una preponderancia del Estado en su provisión, regulación y financiamiento en materia de intervención en salud, vivienda, previsión social, trabajo, infancia y familia, -entre otros aspectos-, de la noción de 'protección' social, la que se enmarca en una intervención del Estado acotada y sin la integración que caracteriza al sistema de seguridad social. En otro orden, no se asocian a esta noción las garantías de derechos, sino de asistencia estatal cuyos destinatarios son los grupos sociales considerados vulnerables.

Al mismo tiempo, coincidimos con Pautassi (2010, 2012) cuando señala que en los últimos años la noción de 'protección social' es vinculada en la comunicación de políticas sociales -y particularmente de programas sociales-, a la concepción de derechos. Desde este enfoque, se han desarrollado en la región y específicamente en el caso argentino políticas de cuidado.

La retórica de los programas explicita una perspectiva de derechos, pero se aleja de sistemas integrados e integrales, colocando un foco sobre algunos sujetos, con determinadas condiciones. La lógica focalizadora propia de la implementación de políticas neoliberales, disputa sentidos con los enfoque de derechos, pero de modo paradojal. La década del 2000 instaló narrativas y retóricas sustentados en normativa específica que pulsaba la asignación de recursos entre lógicas focalizadas (extendidas en la década anterior) y la activación y facilitación de procesos de inclusión social.

## Idearios de inclusión social ¿hegemónicos? [[1]](#footnote-1)

Existen consensos en el análisis de la política pública desde 2003 - en adelante -, que el estado argentino ha recuperado su capacidad de conducción de los procesos macroeconómicos, y que ha logrado incluir el enfoque de derechos en el diseño de todas las políticas. Al mismo tiempo, se identifica que el sector salud es el que menos transformaciones ha generado, sosteniendo un diseño mercantilizado que siguió sosteniendo un esquema de transferencias de ingresos similar al de la década anterior. Este diseño de gastos en salud y priorización de sectores, atraviesa el sistema prestacional en discapacidad. Sistema que sólo es accesible para las personas con discapacidad que cuentan con cobertura de obras sociales o pre – pagas. Esto marca que el campo de la discapacidad disputó en esta década fuertemente las implicancias de los procesos de inclusión social.

Asimismo, destacamos que en el período 2003 a 2015 se han generado avances en materia legislativa, sobre todo desde 2008 cuando Argentina adhiere a la Convención de derechos de las personas con discapacidad. Esto generó atravesamientos de discursos asociados a los derechos en los programas específicos, en las normativas de cada organización. Aparece un ideario traducido en palabras que manifiestan un tránsito desde las personas con discapacidad como objetos de caridad, tratamientos y protecciones a las personas en tanto sujetos de derechos. Este cambio, este recorrido viene siendo transitado de manera intensa, con disputas fuertemente argumentadas por diferentes agentes sociales. No obstante, los modos habituales, instalados en los diseños de dispositivos de atención tensan ambas miradas. Otro de los avances en estos 12 años ha sido la Asignación universal por hijo con discapacidad, la que permitió generar cobertura de seguridad social a todos los niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad[[2]](#footnote-2), más allá de cuál sea la situación laboral de los padres. Es decir, los hijos de los trabajadores empleados o desempleados tienen acceso a una transferencia mensual de ingresos. Esto colocó en un pie de igualdad a todos los niños. Particularizando a las situaciones de discapacidad, los montos ascienden a $ 2100 mensuales, para quienes tengan ingresos salariales de hasta 5.800 mensuales y de 936 para quienes perciban de 7.000 a 15.000 de salario. Para aquellos padres que no posean ingresos, también pueden tramitar la asignación (a noviembre 2015).

Desde 2003, se amplió sustancialmente la cobertura de pensiones no contributivas nacionales, las que hasta ese momento sólo se generaban cuando quedaba una pensión vacante. En este período se generaron más de un millón de pensiones no contributivas, a través de la Comisión Nacional de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la nación. El crecimiento de las pensiones otorgadas ha sido del 250% en el período de referencia. La percepción de las pensiones va integrada a la cobertura en salud, con el Programa Incluir Salud, es decir un Sistema de Aseguramiento Público que garantizaría el acceso a los servicios de salud a todos los perceptores de estas pensiones. No obstante, de las entrevistas a colegas, surge con claridad que el “Incluir Salud” (ex Profe) no logra dar la cobertura con la equidad que promulga en sus normas. Cómo la gestión del programa se realiza en forma articulada con los gobiernos de las 24 jurisdicciones/ provincias, la calidad de prestaciones son diversas, desiguales e inequitativas. Algunas de estas cuestiones asociadas a la falta de financiamiento y otras a la burocratización para concretar el acceso. Esta situación nos lleva a pensar en clave de accesibilidad

*“la noción de accesibilidad se presenta como una vía de entrada para re pensar las Políticas Sociales y las de Salud poniendo a la perspectiva del sujeto social en relación a su situación y visión del proceso salud enfermedad especialmente desde su condición sociocultural y las relaciones entre las Políticas Sociales y las posibilidades de reconstrucción de la sociedad en un lugar central. En principio la accesibilidad, se cimenta como una vinculación, es decir como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y los usuarios de ésta” (Carballeda, 2014:2).*

Otro aspecto a destacar es la reglamentación de la Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, que instala un nuevo ideario en torno a las formas asistenciales, las estrategias profesionales y los derechos de los sujetos que son incluidos en este campo. Siguiendo a Weber (2013) planteamos que los principios que estarían orientando las práctica profesionales , en concordancia con el cuerpo de la ley, reafirma que: las personas con padecimiento mental pueden ser tratados fuera del manicomio, que es necesario y posible trabajar interdisciplinariamente y que es un imperativo estructurar las intervenciones desde una concepción de sujeto no deficitaria. La Ley de salud mental, junto a la Convención de la ONU se han constituido en dos herramientas centrales en las disputas que se vienen dando frente a la vulneración de derechos, tanto en las disputas sostenidas por los trabajadores sociales como por parte de los organizaciones de la sociedad civil.

Otro punto destacable, de este proyecto político ha sido la modificación del Código Civil, en el que incluyeron los Sistemas de Apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica. En este punto, señalamos estamos experimentando un proceso de transición desde el paradigma ó ideario del interés superior hacia el de la voluntad y las preferencias. Esto posibilitaría que las personas con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica en condiciones de igualdad con los demás. Esta mirada, invita a iniciar intervenciones desde la certeza que el sujeto con el que trabajamos tiene capacidad de decisión, es autónomo y no debo reemplazar su voluntad. Este horizonte, se recrea en cada práctica.

Otro avance significativo ha sido en materia comunicacional, sobre todo desde la sanción de la Ley 26522, de Servicios de comunicación Audiovisual en el que instala criterios de accesibilidad. Esta ley en general, y la referencia a las personas con discapacidad en particular, integra junto a otras políticas la ampliación de derechos al consumo de bienes culturales. En este sentido, interrogamos la idea de *década ganada*. Obviamente, la configuración de las políticas, el diseño de la agenda pública hace que sea controversial ratificar que la globalidad del proyecto político kirchnerista haya sido de avances. Lo que es innegable, es la instalación de un discurso progresista dispuesto a batallar contra miradas de caridad ó liberales.

Otro Programa que destacamos es el Conectar Igualdad, en el mismo las escuelas de educación especial han sido incluidas en el Programa Nacional Conectar Igualdad por el que se entregan Netbooks a los alumnos de las escuelas Secundarias, de escuelas especiales y de los institutos de Formación Docente de todo el territorio nacional. Este diseño de política nacional acorta la brecha digital, entendida esta como una expresión de los accesos diferenciales a los consumos culturales. El Programa Conectar Igualdad inicio sus actividades en el año 2010, identificando como problema a abordar la falta de acceso a las tecnologías de la información y comunicación por parte de las escuelas, en este caso, de educación especial. Las netbooks que recibieron los alumnos tienen un escritorio pensado específicamente de acuerdo a sus necesidades pedagógicas, como por ejemplo Bancos de imágenes históricas, softwares, videos educativos de Educ.ar y Encuentro, actividades escolares, juegos, libros clásicos de la literatura universal, nacional y latinoamericana, entre otros recursos, están a disposición de alumnos y maestros, con la particularidad de contar con sintetizador de voz, audiolibros y otras especificaciones de acuerdo al tipo de discapacidad.

En el año 2011, se creó el Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia en la Secretaría de Justicia, Decreto 1375/2011, por el que se hizo visible un problema histórico en torno a las barreras comunicacionales, actitudinales y económicas en el acceso a la justicia.

Simultáneamente a estas estrategias de ampliación de ciudadanía en torno a la acción estatal, se sostiene paradojalmente la reproducción de un estado de cosas relacionado a la producción de servicios mercantilizados. Por un lado planteamos que nuestro país adhirió a la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999 a 2001) se han dado múltiples avances en materia de derechos de las personas con discapacidad, fundamentalmente porque el Estado nacional se ha puesto en acción. Pero por otro lado, identificamos a malestares en torno a la configuración de políticas de discapacidad, que algunos agentes del campo plantearan como discapacitantes. Los accesos diferenciales, las prácticas cotidianas negadoras de procesos de autonomía fueron las evocaciones que nos dejaron evidenciar estas paradojas propias del campo.

Otro de los saltos cualitativos de este momento ha sido la inclusión de los postulados de la CIF – Clasificación Internacional del funcionamiento y la Salud - en el desarrollo de las juntas evaluadoras de discapacidad.

*La consideración de los sujetos desde la perspectiva de las limitaciones y restricciones adoptada durante la Dictadura argentina, ha sido reemplazada por los términos funciones, estructuras corporales así como actividades y participación que desplazan al léxico usado previamente en el* ***CIDDM*** *(deficiencia, discapacidad y**minusvalía) (Santarrone, y Kaufmann, 2005:86)*

Este corrimiento semántico que señalan los autores pone en evidencia las narrativas disputando en los últimos años. Y allí nos preguntamos si los idearios de inclusión social produjeron hegemonía en el campo, y si como señala el *kirchnerismo* se trató de una década ganada. ¿Podemos hablar de ganadores y perdedores? Nuestra propuesta ha sido complejizar en términos de identificar las posiciones que se produjeron en el campo.

De acuerdo a las entrevistas que realizamos y los informes recabados en el proceso investigativo podríamos afirmar que en la materialidad de las intervenciones profesionales la macro – estructura no tiene referencia cotidiana, habida cuenta que la apelación a organismos superiores no es una práctica habitual.

La última década ha marcado un fuerte arraigo del discurso de derechos humanos en los procesos de diseño de políticas de discapacidad y trama el horizonte ético – político de la profesión. No obstante, es primordial dar cuenta que este horizonte se produce semantiza y re - semantiza en cada escena interventiva. Nos interrogamos ¿Cómo se construye la discapacidad en clave interventiva? ¿Cómo se materializan las disputas del campo de la discapacidad?

Esquivel (2011) propone un esquema para analizar las políticas de cuidado, a las que decidimos señalar como políticas de protección social de las personas en situación de discapacidad. Esquivel ( 2011:33) propone tres ejes para analizar a las políticas de cuidado:

* servicios de cuidado (en los que incluye a la educación, social y cuidados a personas mayores);
* Programas de transferencias de ingresos (incluyendo los sistemas de pensiones, y los programas de transferencia condicionada)
* regulaciones laborales (en los que incluye el sistema de protección laboral)

De la lectura de esta propuesta entendimos necesario producir una estrategia de análisis de las políticas de protección social en materia de discapacidad. Entendemos que las mismas, en “tiempos de convención” incluyen diferentes apuestas estatales que aportan al proceso de producción de políticas de discapacidad. En tal sentido, decidimos incluir 5 ejes que articulan las políticas de protección social, las que disputan entre las obligaciones estatales de asegurar relaciones de ciudadanización con la búsqueda de promover autonomías.

Esta mirada sobre el Estado nos permite identificar dinámicas en pugna por monopolizar la violencia simbólica, especialmente en los procesos de producción de políticas de protección social / cuidado en relación a la discapacidad. ¿quiénes pugnan por este monopolio? ¿Cómo se construye la estaticidad? ¿qué agentes sociales producen argumentos sobre la discapacidad, la autonomía, las necesidades de protección social, la red reticular de seguridad social? Como hemos señalado en párrafos anteriores, en los 15 años desde el inicio del siglo XXI en nuestra América viene construyéndose un reconocimiento de derechos que permitió restituir situaciones de opresión, explotación, y en otros casos darles visibilidad.

*“Aun cuando persisten grandes brechas, los esfuerzos por extender la cobertura de la población adquieren centralidad y la apuesta por disminuir la segmentación en el acceso y la calidad de las políticas de protección social gana nuevos adeptos” (Cecchini, Filgueira, Martínez y Rossel, 2015:26)*

Los ejes que proponemos para pensar las políticas de protección social hacia la discapacidad, son los siguientes:

|  |
| --- |
| **Políticas de protección social a personas en situación de discapacidad** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicios de Cuidados** | **Transferencia de Ingresos** | **Regulaciones laborales** | **Salud colectiva** | **Educación** |
| Vinculados al despliegue de acciones asociadas a la des - familiarización de los cuidados directos: coberturas de ayudas personales.  Inclusión de coberturas de ayudas técnicas, servicios de domótica, acceso a tic’s, etc | Los sistemas de transferencias de ingresos asociados al sistema previsional, a las pensiones no contributivas, y todos los sistemas de transferencia condicionadas de ingresos. | Vinculadas a las adaptaciones de puestos laborales por discapacidades adquiridas, a la previsión de cupos laborales para viabilizar inclusiones laborales. | Vinculado al sistema de prestaciones básicas en favor de las personas con discapacidad. y todas las prestaciones del sector salud.  este eje es complejo por la naturaleza mixta del sector salud. | Vinculado al sistema escolar en su totalidad, con desarrollo de políticas de inclusión educativa. |

# Tensionando cuidados y autonomías

El concepto de cuidado se ha vuelto clave en políticas de protección social para la investigación y el análisis desde una perspectiva de género. Sin embargo lejos estamos aún de generar consensos en su definición.

Si nos remitimos al significado del vocablo cuidar del diccionario de la Real academia española, el mismo está vinculado a las acciones de cuidado, tendientes a preservar, guardar, conservar, asistir y estar obligado a responder por otro. De allí que el cuidado nos impone el debate en torno a que todo ciudadano tiene tanto el derecho a cuidar como a ser cuidado.

Es importante considerar al cuidado como una función social, que implica la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente (de manera transitoria o permanente) para el desarrollo de su vida cotidiana, así como también favorecer la promoción de autonomía personal cuando es posible. En definitiva,

*“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”. (CEPAL, 2009 extraído de ADASU, 2014:18).*

Las personas en situación de dependencia son todas aquellas que necesitan la ayuda de otros para realizar actividades relacionadas tanto con el cuidado personal como con el mantenimiento del espacio físico (inmediato). Sin embargo destacamos la importancia de atender sus necesidades, respetando la duración y el tipo de apoyo o ayuda que requiere para su desenvolvimiento en la vida cotidiana, en pos de favorecer la autonomía, ya que de lo contrario podríamos correr el riesgo de aumentar su dependencia y discapacidad, cuando brindamos apoyos innecesarios. Por ello,

*“La existencia de servicios y prestaciones por sí mismos no promueven la autonomía de las personas con discapacidad, para que ello ocurra, es necesario regular la provisión tanto privada como pública de servicios, que aseguren la calidad y equidad en el acceso, de acuerdo a necesidades específicas en los distintos tramos de la vida. Esto debe acompañarse con un enfoque territorial, que tenga en cuenta las realidades locales y regionales (…)” ( ADASU, 2014: 17)*

En este sentido nos parece clave pensar estrategias y políticas de cuidados para las personas con discapacidad, dado que en determinados momentos de la vida y debido a la heterogeneidad de la población con discapacidad las necesidades y el derecho al cuidado serán diferentes. La puesta en agenda de la categoría cuidado, en clave de autonomía, se imponen necesarios para el desarrollo de políticas sociales con enfoque de derechos como en el marco de estrategias de intervención profesional.

Coincidimos en que la población con discapacidad, al igual que el resto de la población, aumentan las posibilidades de necesitar del cuidado de otros en la niñez y en la vejez avanzada, pero en la edad adulta no todas las personas con discapacidad se encuentran en situación de dependencia de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida, y en otros casos las necesidades de asistencia tanto humana como técnica no va a ser igual ni con la misma intensidad.

Así el cuidado puede generarse desde la asistencia directa, la supervisión y/o acompañamiento para la realización de actividades de la vida diaria. También puede efectuarse en el marco de la vivienda familiar, contratando personal o fuera del mismo en instituciones diurnas.

Por tanto, la problemática de la situación de dependencia en personas con discapacidad debe ser vista a la luz de las necesidades personales, procurando siempre la mayor autonomía posible, respetando sus deseos y elecciones.

De lo antedicho, y tomando los aportes del Documento Sistemas de cuidados. Discapacidad (ADASU, 2014) resulta interesante tratar de identificar de modo esquemático las distintas etapas de la vida y las necesidades de apoyo tanto para las personas con discapacidad como para su familia:

* Nacimiento y/o etapa de diagnóstico de la discapacidad: En este momento del curso vital sería conveniente la activación de estrategias de atención temprana y un adecuado sistema articulado entre los servicios de salud y sociales para brindar sostén y acompañamiento a la familia; orientación y apoyo técnico.
* Primera Infancia de 0 a 3 años: en estos casos se entiende necesaria la posibilidad (en los casos que se requiera) de contar con centros que atiendan a la primera infancia con discapacidad que puedan articular con servicios de atención y estimulación temprana. Esto impone un interrogante, ¿es necesario generar jardines maternales especializados que cuenten con condiciones de accesibilidad y en articulaciòn con servicios de Atención Temprana del Desarrollo Infantil? ¿O todos los dispositivos de escolarización deben estar dotados de condiciones de accesibilidad?
* Niñez y adolescencia: En el marco de lo establecido en el artículo 24 de la Convención “los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida” (ONU, 2007) Por ello, para el desarrollo de una educación Inclusiva, que reconozca y aborde las necesidades educativas de todos y todas las niñas, niños y adolescentes, es imperioso que los apoyos suficientes y oportunos sean efectivizados en las trayectorias educativas, y que las prácticas escolares no se instalen como impedimentos a la inclusión.
* Capacitación laboral. Producción de competencias para la inclusión laboral.
* Etapa adulta: Promoción de la inclusión laboral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado. Necesidad de mayores oportunidades laborales mediante diferentes modalidades: empleo con apoyo, teletrabajo, talleres de producción protegida.
* Adultos Mayores: Se da en esta etapa la dependencia intergeneracional, al envejecer los padres, especialmente las madres, que hasta el momento son los principales cuidadores. Creación de residenciales, o centros de día u otro tipo de alternativa a la institucionalización, para las personas con discapacidad adquirida en el proceso de envejecimiento, y para aquellos que transitaron su vida en situación de discapacidad y las necesidades de cuidado se incrementan, con redes sociales de apoyo fragilizadas.

Todos los momentos de curso vital con políticas de promoción de autonomía, la dependencia se puede minimizar o evitar. Es necesario, que los sistemas de cuidado reconozcan que distintos niveles de dependencia requieren diferentes modos y grados de cuidado.

Así, mientras que por un lado están aquellas personas que necesitan de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro y fuera del hogar y/o funciones mentales básicas: higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas), considerándose una dependencia severa y total. Hay otras personas que pueden tener necesidad de ayuda para salir del hogar, realizar algunas tareas domésticas, y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación, sin embargo no necesita asistencia permanente, en este caso sería una dependencia moderada. Por último encontramos también, personas con necesidad de ayuda para determinadas actividades, y en algún determinado momento de la vida, éstas podrían beneficiarse de algún componente del sistema de cuidados, dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite y puede complementarse de otros servicios de prestación pública. En este caso hablamos de una dependencia leve.

Otro componente que se debe tener en cuenta son las ayudas técnicas, tecnológicas y la accesibilidad al transporte (ya sea público o privado), dado que la presencia de estos apoyos pueden ser un aporte sustancial para el logro de la autonomía.

En este sentido la Convención sobre los Derechos de personas con Discapacidad (ONU, 2006) reconoce “la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”. Es claro que a menor accesibilidad mayor dependencia.

Por otra parte la articulación y complementariedad de los servicios educativos, salud y seguridad social, son claves a la hora de pensar políticas de cuidado integrales, las mismas deben facilitar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad y no obstaculizarlos, ya que por lo general recae toda la responsabilidad en los padres, cuidadores y familia, perdiéndose oportunidades valiosísimos por falta de información o acceso a estos recursos.

Por último queremos destacar que si bien es indudable que muchas veces los servicios educativos y de salud ocupan lugares de cuidado, es necesario reconocer que no fueron pensados para tal fin, con lo cual, hay un largo camino por recorrer en pos de establecer acuerdos y soluciones para tal situación.

Especialmente señalamos que el campo educativo impugna la idea de incluirse dentro de las políticas de cuidado, ya que esto le quita especificidad. En el caso de la educación, siguiendo los aportes de Gvirtz (2009: 32) la institución escolar fue pensada como el lugar en donde se llevan a cabo los fenómenos de producción, distribución y apropiación de saberes.

Las prácticas educativas tienen un objetivo específico, que en su devenir produce gestos mínimos asociados al cuidado.

# Feminización, semantizaciones patriarcales

El cuidado como problemática se encuentra atravesado por perspectivas de género que necesariamente serán abordados en este trabajo. Por un lado,existe un consenso generalizado que la denominada *crisis del cuidado* no es otra cosa que el reflejo de las tensiones que se generan con los modos habituales de dividir tareas en el espacio doméstico enraizado en el patriarcado. Estas situaciones señalan un cambio de las prácticas sociales asociadas al cuidado, teniendo implicancias en la posibilidad / imposibilidad de generar igualdad de género. ¿Pero por qué resulta relevante observar las prácticas del espacio doméstico? ¿El cuidado es un asunto privado ó público?

Cuando hablamos del ámbito doméstico y en particular de la familia, se debe considerar que la familia no es una institución aislada, sino que está ligada a los cambios sociales, económicos a los cambios en la cultura y a los procesos políticos del momento histórico en que nos situamos. Los cuidados fueron una función históricamente resuelta por la familia, pero esto ha cambiado, sus necesidades de cuidados no son las mismas, ni tampoco las personas que pueden prestarlos, (Fassler, 2009). Independientemente del tipo de familia del que se trate, las principales responsables han sido las madres o en su defecto las mujeres del hogar, sirviendo esto de base para la exclusión de las mujeres de los derechos ciudadanos, instalándose mayoritariamente una desigualdad de reparto a nivel del cuidado en el hogar. sin embargo, en los últimos 50 años, las mujeres se incorporaron en el mundo del trabajo, instalando de esta manera el debate acerca de la responsabilidad del cuidado, incorporando actores relevantes como lo son el Estado y el Mercado.

De lo anterior podemos inferir que vienen siendo las familias, y dentro de ellas, las mujeres (madres, abuelas, hermanas o tías) las principales proveedoras de cuidados de las personas con discapacidad y dependencia, cualquier sea el momento de la vida que transiten.

Siguiendo a Hochschild, R (1990) el cuidado se vincula al resultado de actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se pueden considerar que sean completamente naturales y sin esfuerzos. La autora nos instala la idea de que el cuidado no podría ubicarse en el plano de la naturaleza sino que supone sentimientos, acciones, conocimiento del otro y tiempo dispuesto. El corrimiento del plano de la naturaleza de las esferas múltiples del cuidado permite la impugnación de la mirada que coloca como natural la propensión femenina al cuidado.

Partimos de considerar que el cuidado ha sido históricamente y como consecuencia de estereotipos de género, una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social, en lo que se ha denominado feminización de los cuidados (Aguirre, 2009)

El análisis del cuidado nos permite visibilizar la complejidad que se genera en relación a la feminización, y cómo se transitan diferencias en relación a la clase social de pertenencia.

Por eso el derecho al cuidado se relaciona con la situación de las personas en tanto demandantes y dadoras de cuidado y se determina en relación a tres dimensiones posibles. En primer lugar, la posibilidad de acceder a cuidados, determinados en función de las necesidades específicas en distintas circunstancias y momentos del ciclo de vida. En segundo lugar, la posibilidad de elegir si se desea o no cuidar, y cómo hacerlo, combinando la posibilidad de cuidar en condiciones dignas con la capacidad de renunciar a cuidar en el hogar (accediendo a servicios de cuidado extra-hogar y/o derivando completamente el cuidado). En tercer lugar, las condiciones laborales de las personas que se emplean en el sector de cuidados, que deben alcanzar umbrales básicos de dignidad, respeto y valoración (Rodriguez Enriquez, et al, 2010:7)

El derecho a cuidar y ser cuidado se impone de forma compleja en sociedades desiguales, con prácticas opresivas entre los géneros y con una políticas de edades que instala priorizaciones paradojales.

El cuidado se esgrime como temática relevante en el campo de la protección social en los estados nacionales, provinciales y municipales. Esta situación posibilitó incorporar en la agenda pública las preocupaciones en torno al proceso de producción de los cuidados, que transversaliza a todas las edades y presenta datos sustanciales sobre las formas diversas de organización del ámbito privado.

Coincidiendo con Huenchuan Navarro (1999) planteamos que para que una problemática sea abordada por la política social es necesario que suscite interés público, y se instale en la agenda de gobierno. Por lo que la política pública es entendida como la cristalización de proyectos y acciones tendientes a satisfacer necesidades sociales de diferentes actores de la sociedad que se encuentran en pugna. Por ello, remarcamos que la manera en que las sociedades abordan y organizan la provisión de cuidados afecta de forma desventajosa a las personas con menos recursos. En general, las personas que poseen mayores recursos económicos pueden cubrir sus necesidades de cuidados a través de diversos establecimientos dedicados a esa actividad o contratar a personas dedicadas a la tarea. Esta última situación propone tensiones entre actores, disputándose la priorización de derechos. Por un lado, el de los trabajadores que brindan servicios de cuidado y por otro los usuarios de tales servicios que proponen contrataciones irregulares y sin activación de sistemas de seguridad social.

En cambio las personas con menores ingresos presentan mayores dificultades de acceso para resolver necesidades de cuidado, lo cual afecta derechos fundamentales.

La inevitable y en oportunidades exclusiva resolución en el ámbito privado de las necesidades de cuidado evidencia la desarticulación de sistemas estatales de seguridad social. Frente a esto, quienes transitan de manera desventajosa la cotidianeidad tienen menores posibilidades de responder a los requerimientos.

¿Por qué titulamos con semantizaciones patriarcales? Aquí tomamos la propuesta de Eliseo Verón (1971) quien plantea que la ideología no es un cuerpo de proposiciones sino un sistema de reglas semánticas que expresa determinado nivel de organización de los mensajes. Es decir, que la enunciación de los cuidados como asuntos privados supone la organización de mensajes desde la lógica patriarcal. Los sistemas de protección encarados por el estado, se desarrollan desde la naturalización del cuidado como responsabilidad exclusiva femenina. Esto se expresa, en los diferentes dispositivos en los que se desarrollan sistemas de cuidado. ¿O acaso cuando le decimos a las familias que el niño está internado debe quedarse la mamá como acompañante en forma exclusiva, no reproducimos sin más el patriarcado? ¿O cuándo en una entrevista domiciliaria consultamos exclusivamente a las mujeres sobre los temas asociados a la escolaridad de los niños? Lo social hecho cuerpo, las prácticas produciendo sentidos sobre los bordes del cuidado. Bordes entre aquello que es propio del espacio privado, aquello que se instala en el espacio de lo público y bordes entre los cuidados y la negación de la autonomía del otro.

# Bibliografía

* ADASU (2014) Documento. Sistema de cuidados .Discapacidad. En: Construcción del sistema de cuidados. Etapa de debate. [www.adasu.org](http://www.adasu.org)
* Aguirre, R. (2009) Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. Montevideo: MIDESInmujeres.
* Carballeda, A (2014) La Accesibilidad y las Políticas de Salud. En:<http://www.edumargen.org/docs/curso58-1/unid01/apunte02_01.pdf>
* Danel, P y Molina C (2016) Prácticas y políticas de cuidados a personas mayores, indagadas desde la Antropología y el Trabajo Social. En: Tello (comp) Libro de cátedra: Perspectivas antropológicas para la intervención social. EDULP (En prensa)
* Danel,P (2016) Tesis de Doctorado: Las intervenciones de los trabajadores sociales en el campo de la discapacidad. Trayectorias y Temporalidades. Doctorado en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. UNLP
* Esquivel, V (2011) La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. PNUD. El Salvador.
* Fassler, C. (coord). (2009) Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. Red Género y Familia-UNFPA. Serie Políticas Públicas. Montevideo: Ed Trilce.
* Gvirtz, S.; Grinberg, S.; Abregu, V. (2009) “La educación ayer, hoy y mañana. El ABC de la pedagogía”. Ed. Aique
* Huenchuan Navarro, S (1999), “De objetos de protección a sujetos de derecho: trayectoria y lecciones de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos”, Revista de trabajo social perspectivas: notas sobre intervención y acción social, Nº 8, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, diciembre.
* Laurence Cornu (2008) Lugares y compañías. En Jorge Larrosa (ed.) *Entre nosotros. Sobre la convivencia entre generaciones*. Editorial: Fundación Viure i Conviure. Barcelona
* Le Breton, D. (2006) *Antropología del cuerpo y modernidad.* Buenos Aires: Nueva Visión
* Pautassi, L. (2012) "Desigualdad revisitada: vulnerabilidad, protección y derechos" en "Escenarios" N° 18 Facultad de Trabajo Social. UNLP. Ed. Espacio. La Plata.
* Pautassi, L. (organizadora) (2010), "Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina". Ed. Biblos, Buenos Aires, Argentina.
* Samntarrone M F y Kaufmann C (2005) Los discapacitados sociales. La Política de Educación Especial durante la última Dictadura argentina. En: Cultura, lenguaje y representación. REVISTA DE ESTUDIOS CULTURALES DE LA UNIVERSIDAD JAUME I I VOL 11 \ 2005, pp. 75-88
* Sanchís, N y Rodríguez Enríquez C (Coord.) (2010) Informe de Investigación: Cadenas Globales de Cuidados. El papel de las migrantes paraguayas en la provisión de cuidados en Argentina. Onu Mujeres En:<http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/MujMig2011.pdf>
* Simone Cecchini, Fernando Filgueira, Rodrigo Martínez, Cecilia Rossel (2015) Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago, julio de 2015
* Verón, E (1971) Ideología y comunicación de masas: La semantización de la violencia política. En: VV.AA. Lenguaje y comunicación social, Nueva Visión, Buenos Aires.
* Weber, C (2013) Desafíos actuales en el campo de la salud mental: perspectivas y estrategias profesionales. En: Estrategias - Psicoanálisis y Salud Mental; año 00, no. 01 (pp 76 a 78)<http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/30582/Documento_completo_.pdf?sequence=1> (noviembre 2015)

1. Este apartado es tomado de la tesis doctoral Danel, 2016 [↑](#footnote-ref-1)
2. La Asignación Familiar por Hijo o Hijo con Discapacidad es el pago mensual, de acuerdo a los montos vigentes, que abona ANSES al trabajador registrado y titulares de las siguientes prestaciones: Desempleo, Aseguradora de Riesgos del Trabajo, Sistema Integrado Previsional Argentino o Pensión Honorífica de Veteranos de Guerra del Atlántico Sur. El pago es por cada hijo menor de 18 años, aunque éste trabaje en relación de dependencia o sea beneficiario de cualquier prestación de la seguridad social. En caso de cobrar la asignación familiar por hijo con discapacidad no hay edad límite para percibirla y la persona con discapacidad debe tener vigente la Autorización por Discapacidad emitida por ANSES. Para ampliar información se sugiere:<http://www.anses.gob.ar/prestacion/hijo-hijo-con-discapacidad-86> [↑](#footnote-ref-2)