

El libro "EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS", supone un esfuerzo por encontrar puntos de convergencia entre el derecho al cuidado y el acceso a la salud materna y neonatal. Como se infiere de sus aportes, el embarazo y del alumbramiento es un momento de confluencia radical de la relación entre derechos de las mujeres y derechos de los niños y en el que las necesidades de cuidado tienden a intensificarse, poniendo a prueba a la estructura pública en su faceta más vital, aquella que garantiza, justamente, las condiciones de la reproducción biológica de la sociedad. Junto a ello, el libro abre la discusión sobre la dimensión económica y de tiempo de los cuidados, como un acápite de imprescindible consideración para el logro de la equidad de género y los derechos de las mujeres.



Av. 14 de Septiembre N° 4913, esq. Calle 3, Obrajes • Tels. (591-2) 2786169 / 2784207 / 2782361
Fax (591-2) 2786169 • Casilla 9786 • La Paz, Bolivia

cides@cides.edu.bo • www.facebook.com/pages/Cides-Umsa
www.cides.edu.bo

Visite también www.ninezbolivia.org
página web de la Estación de Conocimientos para los Derechos de la Niñez en Bolivia

Sonia Montañó Virreira

EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS

EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS

Sonia Montañó Virreira

Colaboración de Gabriela Llanque

Colección
Género e Infancia

CIDES
UMSA
30 AÑOS



EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS

Sonia Montaña Virreira

Colaboración de Gabriela Llanque



Colección Género e Infancia

El derecho al cuidado y la mortalidad de mujeres y niños

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo es el primer postgrado en la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) especializado en estudios del desarrollo; por su carácter multidisciplinario depende del Vicerrectorado de la UMSA. Tiene como misión formar recursos humanos para el desarrollo y contribuir a través de la investigación y la interacción social al debate académico e intelectual en torno a los desafíos que experimenta Bolivia y América Latina, en el marco del rigor profesional y el pluralismo teórico y político y al amparo de los compromisos democráticos, populares y emancipatorios de la universidad pública boliviana.

Cuidado de edición: María Dolores Castro y Cecilia Salazar de la Torre

Coordinadora de la publicación: María Dolores Castro

Esta publicación ha sido posible gracias a la cooperación de UNICEF al Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal del CIDES-UMSA

Portada: Colección Género e Infancia

© CIDES-UMSA, 2016

Primera edición: agosto, 2016

D.L.: 4-2-304-16 P.O.

ISBN: 978-99974-45-01-0

Impresión:

Editorial Presencia S.R.L.

Impreso en Bolivia

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	5
PRESENTACIÓN	7
1. EL DERECHO AL CUIDADO EN SALUD	9
2. EL TRABAJO, EL TIEMPO Y LOS CUIDADOS	21
3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Razón de mortalidad materna para el año 2015. Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.....	13
Gráfico 2	Tasa mortalidad infantil	14

ÍNDICE DE RECUADROS

Recuadro 1	El Cuidado.....	9
Recuadro 2	Artículo 18 Convención sobre los derechos del niño	10
Recuadro 3	Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm 183)	17
Recuadro 4	Tipos de cuidados no remunerados en salud.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Medidas Implementadas por el Estado Plurinacional de Bolivia para reducir la Mortalidad Materna	15
Tabla 2	Permisos maternos y paternos en América Latina	17
Tabla 3	Políticas de cuidado en la primera infancia.....	19
Tabla 4	Hitos en el reconocimiento del cuidado como desafío para el desarrollo	23

PRÓLOGO

En Bolivia, la mortalidad materna y neonatal no ha logrado disminuir sus altos índices desde hace varias décadas y en la actualidad sigue presentando las más altas tasas de América Latina y el Caribe, después de Haití, constituyéndose en un serio problema social y de salud pública. Según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna del año 2011 Bolivia reportó 538 mujeres que murieron a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y post parto. Es decir, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de 160 por 100, 000 nacidos vivos. En relación con la mortalidad neonatal, Bolivia, se estima que en el país ocurren, aproximadamente, algo más de 8.000 muertes neonatales por año a causa de infecciones, asfixia y prematuridad. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Potosí, concentran algo más del 80% del número de muertes neonatales.

Poner sobre el tapete de la discusión pública este problema, supone dimensionarlo, desde nuestro punto de vista, en el marco del desarrollo, es decir, situarlo como un problema social y, por ello, contingente a las estructuras de exclusión, desigualdad e inequidad social y cultural en las que se debaten las mujeres y los niños en el país, especialmente de sectores más pobres y/o de condición campesino-indígena. Baste señalar que según estudios realizados, la mortalidad materna y neonatal afecta a mujeres vinculadas con edades jóvenes, baja escolaridad, alta fecundidad, ruralidad y pobreza. La pertenencia étnica es uno de los indicadores importantes ya que siguen siendo las mujeres indígenas las más vulnerables por sus condiciones de exclusión. El 68% de las muertes maternas ocurrió en mujeres con pertenencia étnica. De igual manera, la mortalidad neonatal está vinculada a condiciones de pobreza y atención oportuna. Respecto a las adolescentes, es importante considerar el embarazo adolescente en el país por las consecuencias adversas tanto de tipo físico como psicosocial en especial en las más jóvenes y sobre todo en las pertenecientes a familias con escasos recursos. Según datos del UNFPA (2014) cerca de un 18% de adolescentes ya son madres o están embarazadas (de 15 a 19 años) y al menos la mitad de estos embarazos no fueron planificados al momento de la concepción.

Con base a esas referencias, el CIDES-UMSA ha incorporado, en sus quehaceres académicos, el despliegue del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN) a partir del cual se espera dar seguimiento a los indicadores que afectan a mujeres y niños que comparten, en nuestro caso, las condiciones precarias de la salud pública en Bolivia y, sobre todo, su acceso, poniendo en riesgo la continuidad de la vida. A partir de ello, esta apuesta institucional observará también el modo cómo el Estado responde a esta problemática, a partir de la aplicación de políticas públicas que, entendemos, sólo pueden ser exitosas si se conciben y ponen en práctica haciendo consideraciones integrales y multidisciplinarias que, además, involucren procesos de corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad, es decir, amplifiquen la cobertura de derechos más allá de lo que pe-

nosamente pueden hacer las familias, especialmente las mujeres, desde el mundo de lo privado. Todo ello será fruto, además, del esfuerzo reflexivo de los especialistas. En aras de ello, el libro que se presenta a continuación, "EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS", de Sonia Montaña Virreira, con la colaboración de Gabriela Llanque, supone un esfuerzo por encontrar puntos de convergencia entre el derecho al cuidado y el acceso a la salud materna y neonatal. Como se infiere de sus aportes, el embarazo y del alumbramiento es un momento de confluencia radical de la relación entre derechos de las mujeres y derechos de los niños y en el que las necesidades de cuidado tienden a intensificarse, poniendo a prueba a la estructura pública en su faceta más vital, aquella que garantiza, justamente, las condiciones de la reproducción biológica de la sociedad. Junto a ello, el libro abre la discusión sobre la dimensión económica y de tiempo de los cuidados, como un acápite de imprescindible consideración para el logro de la equidad de género y los derechos de las mujeres.

Cecilia Salazar de la Torre
DIRECTORA CIDES-UMSA

María Dolores Castro Mantilla
COORDINADORA OMMN

PRESENTACIÓN

En este texto proponemos una reflexión sobre los vínculos entre el derecho al cuidado y la muerte materna y neonatal. El cuidado es un asunto de interés social que ha cobrado relevancia en los últimos años en América Latina debido al incremento de las necesidades de cuidado de los adultos mayores y en circunstancias que el cuidado infantil es todavía una asignatura pendiente. Aunque la muerte materna forma parte de las políticas públicas las cifras muestran que son muchos los desafíos pendientes, algunos de ellos relacionados con el derecho al cuidado de las madres como sujetos de derechos, como cuidadoras familiares y como trabajadoras. En cuanto a la muerte neonatal e infantil, a pesar de los progresos realizados en el reconocimiento de sus derechos y la reducción de los indicadores, Bolivia es un país donde la carencia de servicios de cuidado infantil y la educación preescolar mantienen a las mujeres en edad reproductiva y productiva a cargo de sus cuidados creándose un círculo vicioso de pobreza y muerte que las políticas públicas no atienden adecuadamente.

No solamente los niños y los adultos mayores que demandan atención, también están las personas con discapacidad, algunos afectados por el VIH y otras enfermedades crónicas y endémicas, sin mencionar los hombres sanos en edad productiva que reciben cuidados en el hogar.

Aunque no son materia de este trabajo, no puede dejarse de lado unas ideas subyacentes que consiste en interpelar la división sexual del trabajo y sus efectos en el trabajo remunerado y no remunerado, la importancia estratégica de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida, el papel de la educación y los programas de capacitación la mayoría de ellos relevantes desde una perspectiva sistémica que excede a los alcances de este texto.

El documento se concentra en la relación entre dos asuntos clave para el desarrollo humano, como son la mortalidad materna e infantil y las (No) políticas de cuidado, pero no abarca todo el universo de temas relacionadas con el cuidado como un campo nuevo en las políticas públicas.

El cuidado se aborda como la acción de apoyar a niñas y niños en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana, particularmente en la esfera de la salud y al mismo tiempo se problematiza el derecho de las madres como cuidadoras pero también como sujetos de derechos particularmente aquellos que podrían evitar o disminuir la muerte materna.

En la primera parte se presenta la situación relativa al derecho al cuidado y en especial el derecho al cuidado de niñas, niños y mujeres. En la segunda parte se introducen elementos de análisis sobre la dimensión económica y de tiempo de los cuidados, en la parte tres se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1. EL DERECHO AL CUIDADO EN SALUD

El cuidado como actividad humana, en particular el cuidado desde la infancia, es considerado imprescindible para el desarrollo de la humanidad. Sin embargo, éste se ha considerado como una actividad altruista, moralmente positiva y asociada con las mujeres. Al mismo tiempo, la salud materno infantil forma parte, desde hace mucho tiempo, de todas las agendas de desarrollo aunque con resultados pobres en muchos países como Bolivia.

El aumento de la expectativa de vida, los cambios demográficos y epidemiológicos, la necesidad de integrar a las mujeres al desarrollo productivo, el aumento de su educación, sus necesidades y deseos de acceder al trabajo remunerado así como las luchas feministas que han colocado en la agenda pública el derecho a la igualdad sustantiva han influenciado para que algunos países comiencen a reconocer la importancia de formular políticas integrales de salud y en especial de cuidado.¹

Recuadro 1 El Cuidado

El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida.

Joan Tronto, "Vicious circles of privatized caring", *Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues*, Maurice Hamington y Dorothy Miller (eds.), Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2006.

El cuidado como vocación natural de las mujeres y de menor valor social que la capacidad productiva considerada una cualidad masculina, forma aún parte del imaginario social y político. Progresivamente –como muchos derechos humanos de las mujeres– las convenciones internacionales y algunas legislaciones nacionales han inspirado políticas y programas de cuidado especialmente en favor de la niñez aunque de manera marginal respecto del conjunto de las políticas sociales. El abordaje sectorial de estas políticas ha contribuido a invisibilizar el aporte de las fa-

1 El ejemplo más destacado es el de Uruguay www.sistemadecuidados.gub.uy. Para conocer más ver Redistribuir el cuidado (Calderón 2013)

milias y dentro de ellas de las mujeres quienes se desempeñan como cuidadoras “naturales”. La noción de la ética del cuidado asociada con la naturaleza femenina se ha ido sustituyendo por la idea de justicia e igualdad de derechos donde la idea de un acto voluntario para cuidar a quienes necesitan se extiende a la esfera de las políticas públicas y el derecho de las personas que cuidan y son cuidadas (Torres, s/f).

La Convención de Derechos del Niño establece el derecho de niñas y niños a ser protegidos y cuidados y en su artículo 18 (ver recuadro 2) se refiere explícitamente a las responsabilidades del Estado ante los padres para que puedan cumplir esta responsabilidad. Esta parte de la convención abre una puerta para conciliar las necesidades de hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital y debe quedar claro que la propuesta de integrar las políticas sectoriales, territoriales y poblacionales deberá incluir a la población adulta mayor como beneficiaria y proveedora de cuidados.

Recuadro 2

Artículo 18 Convención sobre los derechos del niño

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.
2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

Convención sobre los derechos del niño, UNICEF 2006

La conceptualización del cuidado como derecho conlleva para el Estado, no sólo obligaciones negativas (abstenerse de entorpecer los servicios de guarderías infantiles, no impedir el acceso de un adulto mayor al sistema de salud) sino también obligaciones positivas, tales como proveer los medios para poder cuidar y garantizar que el cuidado se lleve adelante en condiciones de igualdad (Gherardi, 2011). En la misma dirección Pautassi plantea que considerando que el cuidado es un derecho universal, se interpela al Estado en torno de sus obligaciones positivas (de hacer) en materia de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) para efectivamente “satisfacer” las demandas de cuidado de los niños y niñas, que no sólo incluyen tiempo y servicios, sino también medidas y acciones de cuño universal, como garantías de acceso efectivo a la educación, la salud, la alimentación adecuada y la vivienda.

Ciertamente, se trata de reconocer que para satisfacer las necesidades de cuidado de niños y niñas es necesario hacer lo mismo con las generaciones adultas, a cargo del cuidado (Pautassi, 2009).

No solo el horizonte de la universalización y la integralidad e interdependencia de derechos es importante, también es clave la gradualidad y la participación de todos los actores.

El cuidado de la infancia es sin lugar a dudas uno de los objetivos de desarrollo más reconocidos. El derecho a la salud de niñas y niños está asociado con la salud materna ya que se sabe que los niños que pierden a su madre durante el alumbramiento tienen más posibilidades ellos mismos de fallecer. Por lo tanto la maternidad segura, lo afirman todas las convenciones, acuerdos internacionales y políticas de salud es una prioridad que sin embargo no se cumple. Como se ha dicho con frecuencia, las muertes maternas son previsibles y afectan principalmente a las mujeres pobres quienes además tienen dificultades para alcanzar niveles mínimos de autonomía económica, no reciben los servicios adecuados de salud reproductiva y son víctimas de abortos inseguros por ilegales. De modo que, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS)² *el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos es una manera de disminuir las muertes maternas.*

Así como se reconoce que el cuidado de la niñez es imprescindible para la salud como para un estado general de bienestar (y no simplemente la ausencia de enfermedad), es importante dar cuenta de los beneficios múltiples que tiene ofrecer servicios de cuidado infantil que permitan a las mujeres salir al mercado de trabajo para obtener ingresos y con ellos autonomía económica. El acceso de las mujeres al trabajo remunerado tiene también impactos positivos en la disminución de la pobreza y la mortalidad. Así el cuidado infantil y la educación inicial han demostrado ser valiosos para el desarrollo infantil, su rendimiento escolar y su desempeño en la vida. Hay así un círculo virtuoso entre el incremento de la educación de madres y niños, el acceso de las mujeres al trabajo remunerado y la provisión de servicios de cuidado.

La muerte materna es sin lugar a dudas el indicador más nítido del lugar que ocupan las mujeres en una sociedad y uno de los indicadores más relevantes de desarrollo. Los datos respecto de los avances reflejan una de las paradojas fundantes de las sociedades patriarcales donde la retórica enaltece la maternidad como virtud individual y mandato social a la vez que las políticas públicas no son capaces de reducirla significativamente y menos de eliminar las causas más prevenibles de la mortalidad como son la mortalidad materna e infantil. La debilidad de las políticas a lo largo de todo el ciclo de vida de las mujeres y en particular de aquellas que favorezcan los derechos sexuales y reproductivos forman parte de la explicación.

En todo el mundo, la vida de las mujeres es como promedio 4,5 años más larga que la de los hombres. Esa diferencia se ha mantenido básicamente inalterada desde 1994. (Naciones Unidas, 2014). Gómez ya señala que la ventaja de sobrevivencia no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo. Por otro lado es necesario subrayar que a diferencia de los varones las mujeres mueren por parto mientras que los hombres mueren por conductas de riesgo (Gómez, 2001).

2 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

La mortalidad materna permanece en niveles inaceptablemente altos en varios de los países de América Latina y el Caribe. De hecho, la meta 5A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, orientada a reducirla, es la que menos progresos ha registrado en el último tiempo. Sin embargo, no se cuenta con documentación suficiente que permita determinar el grado de confiabilidad de las cifras oficiales, tanto por la dificultad propia de la captación de las muertes maternas como por el carácter incompleto o irregular de la cobertura del registro de los eventos vitales en la región (Cobos, 2013).³

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 ((Ministerio de Salud, Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011, Resumen Ejecutivo 2016). es un aporte destacado ya que si bien reducir la mortalidad materna resulta difícil, medirla no lo es menos debido a numerosos problemas en la recolección y el procesamiento de los datos. Como sucede con muchas otras estadísticas de salud, los países con mayor incidencia de mortalidad materna son los mismos que tienen problemas más graves en cuanto a la fiabilidad y exactitud de esos datos, tanto porque tienen los sistemas de salud menos desarrollados como porque carecen de mecanismos confiables para identificar, registrar y contar las defunciones maternas. Además de estas complicaciones, cada país cuenta con un arreglo particular para producir cifras oficiales sobre nacimientos, defunciones y causas de defunción (Cobos, 2013).

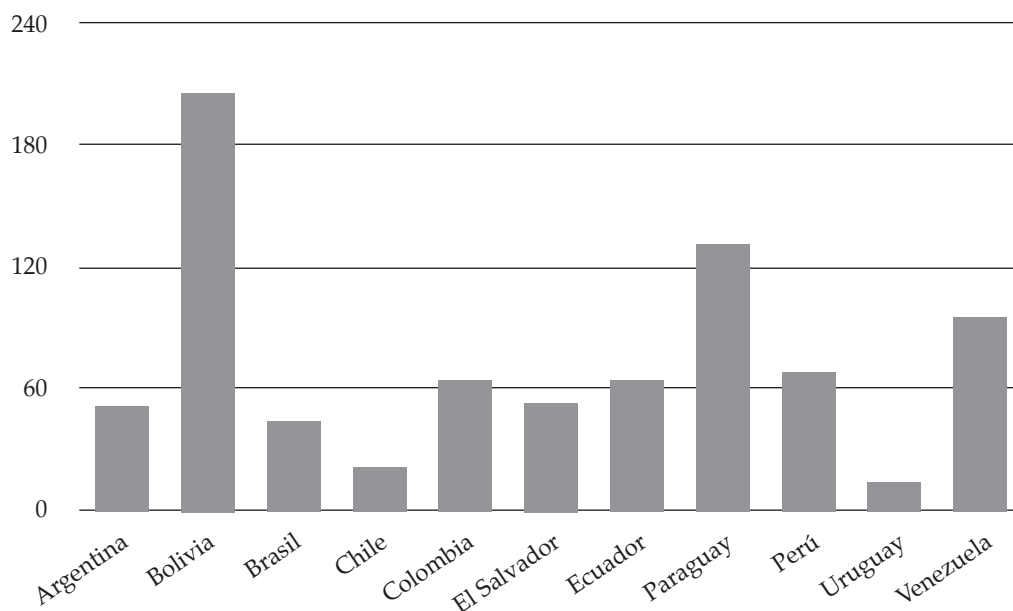
Mientras en países como Costa Rica, Uruguay y Chile las mujeres que mueren por causa relacionadas con la maternidad están por debajo de los 50 sobre 100.000 nacidos vivos, en Bolivia la razón de mortalidad materna es de 160 mujeres por 100.000 nacidos vivos tal como lo señala el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011.⁴ El estudio reportó 538 mujeres que murieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto. De éstas, 502 fueron registradas por el Estudio y 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Según el estudio las causas directas de la mortalidad materna son: hemorragia 59%, infecciones 7%, aborto 13%, hipertensión 19%, y parto prolongado 2%. Una significativa mayoría de estas muertes eran evitables. (Estado Plurinacional de Bolivia, 2016)⁵

3 Para ver las fichas técnicas de la información regional ver http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen_MuestraFicha.asp?indicador=188&id_estudio=4

4 Según datos de CELADE la mortalidad materna alcanza a 206 en 2015.

5 Según UNICEF citado por UNESCO 2015 La mortalidad materna disminuyó desde 229 hasta 180 por cada 100.000 nacidos vivos, con una tasa inferior a la esperada para alcanzar ese ODM7(UNICEF, 2012) Entre 1990 y 2000, la tasa de mortalidad infantil a escala mundial se había reducido de 90 a 76 muertes por 1.000 nacidos vivos y en 2013 se había situado en 46 casos (UNESCO 2015)

Gráfico 1
Razón de mortalidad materna para el año 2015
Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos



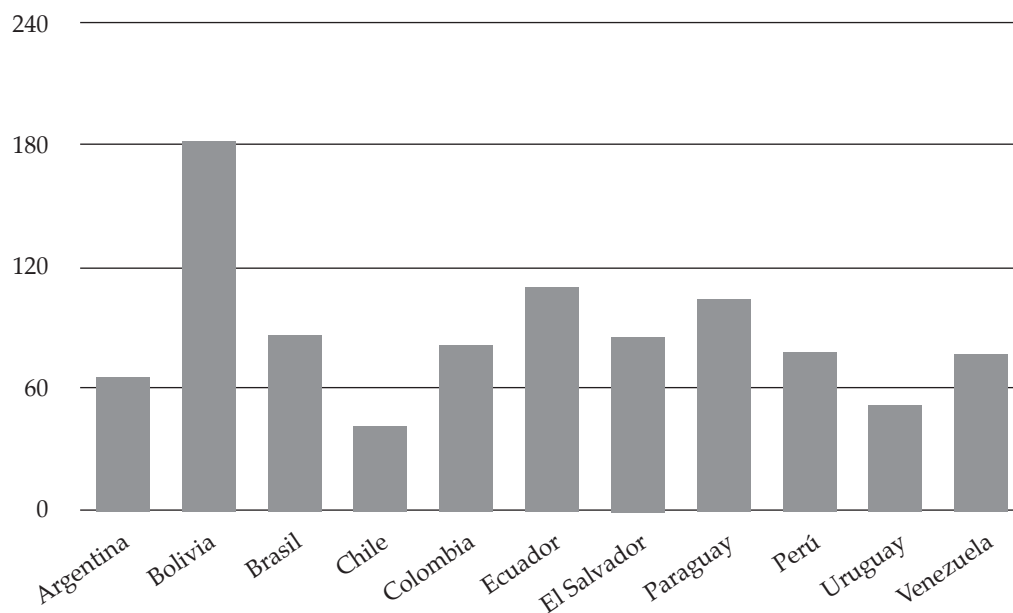
Fuente: CEPALSTAT. | UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: **Monitoreando la Situación de Niños y Mujeres**

En cuanto a la mortalidad neonatal entre 2003 y 2008, esta permaneció al mismo nivel (27 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad infantil disminuyó desde 54 hasta 50 por 1.000, lo cual representa una reducción de solamente 1,9% anual, nivel muy inferior a la reducción de 3,9% anual necesaria a fin de alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Bolivia mantiene hoy un nivel de mortalidad infantil casi tres veces más alto que la media latinoamericana, una distancia ligeramente superior a la que tenía hace dos décadas. Solo Haití, cuya situación ha empeorado de forma notable en los últimos años, está por detrás. En promedio, la situación de Bolivia equivale a la del conjunto de países de ingresos medios y bajos, que incluye a regiones considerablemente más pobres que la latinoamericana. El gráfico Nro. 1 que presenta datos superiores a los obtenidos por el estudio de referencia que consideró solamente las causas directas, da cuenta de la brecha enorme entre Bolivia y otros países de la región como Paraguay y El Salvador.⁶

6 Según la ENDSA (2008) en Bolivia se registra 36 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, entre las principales causas de muerte están las infecciones en 32%, prematuridad 30% y asfixia en 22% y otros (Ministerio de Salud y Deportes, 2008).

Gráfico 2
Tasa mortalidad infantil



Fuente: Cepal. IGME: Grupo Interagencial de Estimación de Mortalidad en Niños de Naciones Unidas

En cuanto al vínculo entre la muerte materna y la infantil se sabe que los niños que sobreviven a sus madres tienen de tres a diez veces más posibilidades de morir durante sus dos primeros años, que en el caso de que las madres hubieran permanecido con vida. Por cada mujer que muere, treinta más sufren lesiones derivadas del embarazo e infecciones que pueden discapacitarlos para toda la vida. Más de una cuarta parte de todas las mujeres del mundo en desarrollo sufren discapacidades vinculadas con el embarazo. Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor". (Ciudades para la niñez, UNICEF 2004).

Son numerosos los esfuerzos realizados por los sucesivos gobiernos destacando las políticas de atención primaria de los ochenta y los avances alcanzados en la década de los noventa.

Tabla 1
Medidas Implementadas por el Estado Plurinacional de Bolivia
para reducir la Mortalidad Materna

<p>El Programa Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud 2008-2013 (con complemento a través del Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2015)</p>	<p>Política intersectorial incluye programas y estrategias para la atención integral y diferenciada para jóvenes, acceso a seguro de salud, protección a jóvenes en situación de vulnerabilidad, educación para la sexualidad y salud reproductiva, y el acceso a tratamiento para VIH/SIDA.</p>
<p>La Ley Seguro Universal Materno e Infantil (SUMI)</p>	<p>Es un programa vigente desde 2002, de carácter universal, integral y gratuito, destinado a otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo para mujeres embarazadas hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad</p>
<p>Bono Juana Azurduy de Alimentación</p>	<p>Asistencia para la alimentación y nutrición adecuada de mujeres embarazadas de todas las edades (incluidos suplementos nutricionales). Esta política está orientada a lograr la Reducción de las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones</p>
<p>El Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PE-SSR)</p>	<p>Fue implementado en el período 2009-2015 por el Ministerio de Salud y Deportes, dirigido a toda la población boliviana. Cuenta con la elaboración de normas y protocolos de asistencia para la anticoncepción.</p>
<p>Mesas de Maternidad y Nacimiento Seguro interinstitucional) Nacional y Departamentales.</p>	<p>Esta estrategia cuenta con enfoque cultural a través del proyecto de Ley de Despatriarcalización que aborda temas de SSR para pueblos indígenas y que ha elaborado una sistematización de información sobre iniciativas y/o experiencias de capacitación en medicina tradicional y una propuesta y herramientas de capacitación para parteras/os tradicionales. Se han llevado a cabo talleres comunitarios, debates sobre la religión y la planificación familiar, educación en salud con parteras, entre otras iniciativas.</p>

Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014 (Burgos, 2015)

De acuerdo al informe del Ministerio de Salud en la gestión 2012, se logró que un 25% de la población asista a los centros de salud o centros hospitalarios, para que puedan ser atendidas por

especialistas ginecólogos y se eviten más decesos. Ahora, de 10 madres que dan a luz, ocho ya acuden a los centros.

La información también revela que el 2005 se tenía aproximadamente el 55% de parto institucional y en el 2012 se alcanzó casi el 75%, lo que quiere decir que de cada 10 bolivianos que nacen siete son atendidos por personal de salud y tres aún lo hacen en su domicilio.⁷

La elevada tasa de mortalidad materna convive con una precaria inserción laboral de las mujeres pobres quienes a pesar de su pobreza asumen las responsabilidades de cuidado dentro de los hogares. La obligatoriedad social de las mujeres para cuidar de las familias, el enfoque de las políticas sociales que fomenta el asistencialismo, sugieren que a pesar de estar disponibles los medios tecnológicos y el conocimiento médico para cuidar a madres y niños, ambos grupos siguen muriendo debido a causas previsible debido principalmente a la baja prioridad asignada a los derechos de las mujeres y en particular a sus derechos sexuales y reproductivos.

El incremento gradual de los servicios de cuidado, el reconocimiento efectivo de los derechos y la implementación de políticas es resultado de iniciativas de todo tipo donde la sociedad civil a través de sus organizaciones ha obtenido avances importantes. A modo de ejemplo se cita el caso de la demanda interpuesta contra el gobierno de la ciudad de Buenos Aires por no haber provisto educación a pesar de tener los recursos.

Una experiencia significativa que muestra un proceso en favor del cumplimiento de los compromisos internacionales y las leyes locales lo ha dado el caso citado por Gherardi, en marzo de 2008 obtiene la sentencia que condenaba al Gobierno de la Ciudad a cesar en su omisión de asegurar y garantizar el acceso a la educación inicial de los niños y niñas de 45 días a 5 años de edad. La demanda fue iniciada en el marco del Programa por la Igualdad Educativa que ACIJ desarrolla desde el año 2006, inspirados en la idea de que en contextos de amplia desigualdad socioeconómica, la educación básica obligatoria es una de las herramientas fundamentales del Estado para neutralizar el impacto de las diferencias sociales e igualar las oportunidades de los individuos. El caso demostró que el GCBA incumplió su obligación de asegurar el acceso a la educación inicial de los niños y niñas de la Ciudad, aun cuando tuvo a su disposición recursos económicos para incrementar la cantidad de vacantes ofrecidas y no los utilizó: en el año 2006 hubo 6.047 niños y niñas que no tuvieron su vacante mientras que durante los 5 años analizados coexistieron inexplícitamente un presupuesto sub-ejecutado con falta de vacantes (Gherardi, 2011).

Entre las medidas más importantes relativas al cuidado infantil están los permisos pre y post natales, las horas de lactancia y los aún escasos permisos de paternidad (ver Tabla 2). Debido a la baja formalización del empleo femenino y particularmente del empleo de las mujeres pobres estos beneficios tienen un alcance limitado y en el caso de Bolivia mantienen características restrictivas para los varones, lo que fortalece el prejuicio generalizado que asocia los permisos de maternidad a mayores costos laborales. Varios estudios demuestran lo contrario (Abramo, s/f)⁸.

7 <http://www.nu.org.bo/noticias/destacados-nacionales/bolivia-tiene-el-nivel-mas-alto-de-mortalidad-materno-infantil/>

8 http://white.lim.ilo.org/gpe/documentos/doc_costos_comut_abramo_18mar03.pdf

La protección de la maternidad, en forma de licencia del trabajo con goce de sueldo durante los primeros meses de vida de un bebé, es esencial para la salud y el bienestar de la madre y el niño. Si bien casi todos los países tienen disposiciones jurídicas para tales licencias, persisten problemas para su aplicación: solo el 28% de la empleadas en todo el mundo tienen probabilidades de recibir prestaciones en efectivo por maternidad.⁹

Recuadro 3
Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (número 183)

El Convenio número 183 de la OIT que establece la protección contra la discriminación basada en la maternidad establece 14 semanas de prestaciones de maternidad para las mujeres a las que se aplica el instrumento. Toda mujer que esté ausente del trabajo por licencia de maternidad, tendrá derecho a una prestación en metálico que le garantice su mantenimiento y el de su hijo en condiciones de salud apropiadas y con un nivel de vida adecuado. La norma prohíbe los despidos durante el embarazo garantiza a la mujer el derecho a reintegrarse en el mismo puesto de trabajo o en un puesto equivalente con la misma remuneración. Asimismo, otorga a la mujer el derecho a una o más interrupciones al día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo.

La Tabla 2 muestra que Bolivia tiene una legislación conservadora en materia de permisos de maternidad si se la compara con países vecinos, en relación a los permisos de paternidad comparte una legislación deficiente que no favorece la presencia masculina, ni el cuidado infantil. Según la UNESCO, en 2013, la licencia por paternidad se concedía en 78 de 167 países y en 70 con goce de sueldo. En Bolivia los hombres pueden hacer uso de 3 días y de inamovilidad durante el primer año.

Tabla 2
Permisos maternos y paternos en América Latina

País	Maternidad	Paternidad
Argentina	90 días 6 meses por hijo con síndrome de Down	2 días por nacimiento. 5 días en algunas jurisdicciones del sector público. Hasta 20 días hábiles en algunas administraciones locales
Bolivia (Estado Plurinacional de)	45 días. antes y 45 días después del parto, ampliable por enfermedad	3 días
Brasil	120 días por nacimiento y adopción de menor de 1 año 180 días por nacimiento en el sector público Extensible a desempleadas	5 días y 20 días a hombres que trabajen en empresas inscritas en un programa gubernamental

⁹ Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (número 183) http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183

País	Maternidad	Paternidad
Chile	18 semanas por nacimiento o adopción	5 días por nacimiento o adopción Por enfermedad grave del hijo menor de 18 años, puede ausentarse por el número de horas equivalentes a 10 jornadas ordinarias de trabajo al año
Colombia	14 semanas	8 días
El Salvador	12 semanas	3 días
Ecuador	12 semanas En caso de muerte de la madre, el padre podrá utilizar la licencia de maternidad en su totalidad	10 días, 15 días de licencia remunerada por adopción, prorrogable por 5 días por nacimiento múltiple o por cesárea, por 8 días por nacimiento prematuro; y por 25 días en caso de enfermedad degenerativa o discapacidad severa del niño
Paraguay	18 semanas	2 semanas
Perú	14 semanas	4 días
Uruguay	14 semanas	10 días
Venezuela (República Bolivariana de)	26 semanas: 6 semanas antes y 20 después del parto, extensibles por enfermedad.	14 días continuos después del nacimiento.

Elaboración propia en base a documentos oficiales y Estándares de calidad en políticas de cuidado infantil. (Rico, 2013)

Los padres que se toman el tiempo de estar con su familia inmediatamente después del nacimiento tienen más probabilidades de entablar una relación a largo plazo con sus niños pequeños (UNESCO, 2006).

Bolivia no cuenta con programas públicos de cuidado infantil similares a de los que existen en otros países los que también son objeto de cuestionamiento pero que de alguna manera responde a la necesidad de las madres para dejar a sus niños. Tampoco existen políticas de redistribución de las responsabilidades familiares las que no se pueden demostrar por la falta de información como las Encuestas de uso del Tiempo. (EUT).

El apoyo al desarrollo de los niños en las etapas más tempranas tiene enormes repercusiones y propicia la obtención de mejores resultados educativos y sociales. Los principales beneficios económicos de la inversión en educación yacen actualmente en la etapa de la primera infancia. El hecho de que las comunidades menos favorecidas, en particular en los países más pobres, salgan

aún más beneficiadas es un argumento suplementario esencial para invertir masivamente en este nivel. (Unesco, 2015).

Tabla 3
Políticas de cuidado en la primera infancia

País	Políticas de Cuidado en la Primera Infancia
Chile	<p>La ley 20.379 establece que los niños y niñas se integran a <i>Chile Crece Contigo</i> desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar.</p> <p>Adicionalmente, se establecen garantías de acceso a ayudas técnicas, salas cuna, jardines infantiles, y a Chile Solidario a aquellas familias en situación de mayor vulnerabilidad. Así mismo, se establece un acceso preferente de las familias a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.</p> <p>En el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a, es que <i>Chile Crece Contigo</i> consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad (primera infancia).</p>
Perú	<p>Desde 1993, el Programa Nacional Wawa Wasi del Gobierno del Perú ha suministrado guarderías de base comunitaria destinadas a niños de entre 6 meses y 4 años de edad en barrios pobres. Por una pequeña cuota, los padres pueden dejar a sus hijos en un entorno casero seguro donde una “madre cuidadora” atiende a no más de ocho infantes.</p> <p>El programa comprende un aprendizaje temprano, el desarrollo de la identidad social y cultural, comidas sanas y enseñanza sobre nutrición, higiene personal, formación de los padres sobre prácticas de crianza positivas y seguimiento gubernamental de la estatura, el peso y la situación de vacunación. La cobertura se ha ampliado de las zonas urbanas a las zonas rurales, con una modalidad de suministro un tanto modificada, aunque las aldeas andinas remotas y otras comunidades pobres reciben menos ampliamente este servicio. La comunidad selecciona a las madres cuidadoras a las que se imparte una formación. Estas reciben apoyo de los coordinadores sobre el terreno, así como una formación ulterior que puede ser semanal o semestral.</p> <p>En varias evaluaciones, empero, se consideró deficiente la puesta en práctica y se indicó que el personal necesitaba más formación. Los niveles de desempeño de algunas actividades eran bajos: el 46% de las madres cuidadoras no organizaban ni llevaban a cabo actividades de estimulación cognitiva, solo el 38% de los controles estipulados de la estatura y el peso se efectuaban y el 70% de los padres no informaron de que habían recibido formación sobre prácticas de crianza positivas. En algunos estudios se señaló que los niveles de malnutrición crónica, anemia y déficits en el desarrollo psicomotor eran los mismos que los observados en no participantes. La formación del personal no comprende suficientemente la estimulación cognitiva. Puesto que el personal no está suficientemente capacitado o formado para impartir un programa integral, muchos padres consideran que Wawa Wasi es un sistema seguro de guardería con alimentos nutritivos más que un programa de aprendizaje temprano.</p>

País	Políticas de Cuidado en la Primera Infancia
Colombia	<p>Las madres o padres comunitarios son aquellos agentes educativos comunitarios responsables del cuidado de los niños y las niñas de primera infancia del programa de Hogares Comunitarios de Bienestar. Son reconocidos en su comunidad por su solidaridad, convivencia y compromiso con el desarrollo de los niños, niñas y sus familias. El Programa nace en el año 1986 y se reglamenta en 1989.</p> <p>Actualmente hay 69.000 Madres Comunitarias, entre ellas algunos padres comunitarios de todo el país. Atienden 1 millón 77 mil niños y niñas en la modalidad comunitaria de la educación inicial, a través del servicio de hogares comunitarios en todas sus formas.</p> <p>Tras 13 días de paro, que afectó la atención de cerca de 16 mil niños, las madres comunitarias llegaron a un acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Icbf) y el Ministerio de Trabajo, con el que se busca garantizar derechos individuales y laborales para más de 58.000 madres comunitarias que atienden a 750 mil niños y niñas menores de cinco años de población vulnerable en todo el país.</p> <p>Se acordó que el ICBF garantizará, en los contratos de aporte con las Empresas Administradoras de Servicios (EAS), la obligación de contratar a las madres comunitarias actualmente vinculadas, hasta el 31 de octubre del 2016 Así mismo, se celebrarán contratos con las EAS con término de duración entre el primero de noviembre del 2016 y julio del 2018.</p>

Elaboración propia en base a informes oficiales

La educación preescolar es en la actualidad una de las políticas que más contribuyen a la igualdad y la inclusión social, Bolivia aún no tiene asegurado este acceso. El reconocimiento legal de la educación inicial desde el primer mes y medio de vida de un/a niño/a es una conquista fundamental que exige políticas concretas para materializarse.

2. EL TRABAJO, EL TIEMPO Y LOS CUIDADOS

Las transformaciones en la economía global, los cambios demográficos (en todo el mundo, la vida de las mujeres es como promedio 4,5 años más larga que la de los hombres)¹⁰ han aumentado las necesidades de cuidado de los adultos mayores, a la par que a pesar del descenso en las tasas de fecundidad- el cuidado infantil sigue siendo un problema sin resolver.

Un punto aparte merece la problemática del cuidado en el caso del embarazo adolescente. Como lo señala el estudio nacional, la muerte materna afecta de manera preocupante a las adolescentes que cuando sobreviven deben ellas mismas brindar cuidados que no solo truncan su proyecto de vida pero que impactará negativamente en el desarrollo de niños y niñas. Sin duda que el cuidado y la muerte materna y neonatal son el ejemplo más claro de la relación crítica entre ellos y estas mujeres jóvenes el retrato social de la falta de servicios, de educación, de acceso a la anti-concepción.

Si bien la presencia de las mujeres en el mercado de trabajo es visible sobre todo en los empleos más precarios y mal remunerados, en el ámbito de la salud las mujeres también son numerosas.¹¹ La participación de los varones en las labores del hogar, no se ha modificado significativamente lo que implica que el costo de esa participación en la vida laboral y pública ha sido asumido casi en exclusividad por las mujeres que han ampliado el tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado) lo que ha planteado la necesidad de impulsar una reingeniería del tiempo (Darcy de Oliveira, 2003). Esto también repercute en los sistemas sanitarios, que bajo el paradigma de la biotecnología, desatienden los cuidados también en los países desarrollados (Torres, s/f) y los transfieren a las familias. El cuidado de las personas dependientes, las altas prematuras y las cirugías mayores ambulatorias se derivan a las familias para ahorrar costes cuyo valor en el caso de Bolivia no se ha cuantificado.

El cuidado considerado desde la perspectiva económica ha mostrado que la división sexual del trabajo ha sido funcional a los sistemas económicos porque garantiza la oferta de mano de obra subsidiada entregando bienes y servicios sin costo que en caso contrario deberían ser ofrecidos por el estado o el mercado (Benería 1992). La economía feminista recuerda que el cuidado, remunerado y no remunerado, y la sostenibilidad de la vida humana han sido tratados como una externalidad del sistema económico (Carrasco, 2012).

10 Esa diferencia se ha mantenido básicamente inalterada desde 1994 (Naciones Unidas, 2014)

11 En la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, la OPS estimaba que entre el 50% y el 75% de los trabajadores de salud son mujeres

Una de las razones por las que el trabajo de cuidados no suele recibir suficiente reconocimiento, se debe a que, al no estar remunerado, no se refleja en los indicadores económicos, como el PIB. Ahora bien, si se valorara el trabajo de cuidados no remunerado, se pondría de relieve la contribución de las mujeres a los hogares y las comunidades y se llamaría la atención sobre sus condiciones materiales y su bienestar, con posibles efectos en la formulación de políticas.

Entre todos los países que intentan medir el valor del trabajo de cuidados no remunerado, las estimaciones varían entre el 20% y el 60% del PIB.¹² Cuando las mujeres no tienen otra alternativa que otorgar prioridad al trabajo no remunerado y quedar al margen del mercado laboral, hacen grandes sacrificios, posiblemente perdiendo oportunidades de ampliar sus capacidades laborales. También pierden oportunidades de independencia económica.¹³

En relación a la importancia del cuidado en salud la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también habla del “trabajo invisible” que realizan las mujeres cuando cuidan a personas enfermas o incapacitadas en el hogar. Según esta entidad este trabajo no remunerado representa el 80% de los cuidados que se brindan puertas adentro de las casas. Y significa un obstáculo para el desarrollo profesional de las mujeres y una enorme presión sobre las relaciones familiares y los presupuestos domésticos. La pregunta formulada en ocasión de la presentación del estudio sobre qué ocurriría si todas las mujeres del mundo hicieran huelga y suspendieran tan sólo por un día sus tareas comunitarias en salud¹⁴ obtendría hoy la misma respuesta sobre las implicaciones catastróficas para el bienestar mundial. “Remunerado o no, en las casas o en los centros de salud, como parte de la fuerza laboral, la mayoría de estos trabajos son realizados por mujeres. Y este trabajo invisible pocas veces es reconocido como una habilidad”.

Recuadro 4
Tipos de cuidados no remunerados en salud

- **Cuidados de salud específicos realizados en el hogar** (hacer tratamientos, controlar manifestaciones de la enfermedad, administrar medicinas, etc.).
- **Cuidados de apoyo a la salud realizados en el hogar ante situaciones de enfermedad** (alimentar, higienizar, etc.).
- **Acompañamiento** (traslados específicos, entretener, concurrir a las consultas médicas, etc.);
- **Gestiones con el sistema institucional de salud** (solicitar consultas, retirar análisis, etc.).

Batthyány, 2015

Refiriéndose específicamente a los vínculos entre igualdad, cuidado y salud, Gómez recuerda que desde la noción de inequidad adoptada por OMS/OPS se trata de eliminar “desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas” En términos operacionales, la equidad en salud se traduciría, por tanto, en la minimización de disparidades evitables en la salud –y sus determinantes–

12 Se estima que en la India el cuidado no remunerado representa un 39% del PIB, mientras que en Sudáfrica representaría un 15%.

13 Informe Global de Desarrollo Humano 2015

14 Discurso de Mirta Roses Directora de la OPS en el día internacional de la Mujer 8 de marzo de 2004.

entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Y al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la atención de la salud es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos, y el financiamiento. En esta línea la mortalidad materna, neonatal e infantil son los ejemplos más claros aunque no los únicos de desigualdades innecesarias y evitables.

La medición en otros países a través del uso del tiempo demostró que la carga global de trabajo de las mujeres (entendida como la suma del trabajo remunerado y no remunerado) es mayor que la de los varones.

Tabla 4
Hitos en el reconocimiento del cuidado como desafío para el desarrollo

	Año	Cita
Plataforma de acción Beijing	1995	<p>Se señala que la maternidad no debe ser una limitación para el desarrollo de la mujer y a su vez reconoce la importancia de las mujeres en el cuidado.</p> <p>Resalta la desproporcionalidad en la responsabilidad del cuidado que tienen las mujeres por la distribución desigual del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres.</p> <p>Se insta a elaborar métodos, en los foros apropiados, para evaluar cuantitativamente el valor del trabajo no remunerado que no se incluye en las cuentas nacionales.</p>
Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe	1994	<p>Se insta a sensibilizar a la sociedad sobre el valor del tiempo socialmente necesario para el cuidado de la familia y el hogar y sobre la necesidad de que estas tareas se distribuyan equitativamente entre todos los integrantes del hogar.</p> <p>Propone mejorar las condiciones laborales de las mujeres que realizan trabajos no remunerados y que trabajan en el sector informal y asegurar que reciban las prestaciones que correspondan de parte de los sistemas de seguridad social y de jubilación.</p>

	Año	Cita
		Propone establecer mecanismos para cuantificar y valorar la contribución económica del trabajo no remunerado de la mujer en el hogar, la agricultura, la producción de alimentos, la reproducción y la labor comunitaria; diseñar indicadores de género para valorar estos aportes al PIB, y definir como trabajadoras y trabajadores, en el sistema de cuentas nacionales, quienes desempeñan tareas no remuneradas.
Consenso de Quito X conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe	2007	Propone formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo.
Consenso de Población Montevideo	2013	Promueven desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional, que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y que faciliten el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucrada.

Elaboración propia en base a documentos oficiales

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las políticas de cuidado en general y las de cuidado en salud en particular son un campo en construcción donde los derechos de la niñez están garantizados por una importante legislación como las licencias de maternidad y paternidad y la provisión de servicios de cuidado infantil y educación pre escolar. En el caso de Bolivia la debilidad técnica y presupuestaria de las políticas sociales y de salud, el abordaje sectorial y asistencial que adolece de un enfoque de derechos y donde las mujeres y las familias son las principales responsables del cuidado infantil, de los enfermos, convalecientes y otros expulsados prematuramente del sistema de salud, explican en parte los datos de mortalidad.

Es importante trasladar el foco del cuidado desde las familias al Estado y las empresas para que la división del trabajo al interior de los hogares cuente con un contexto favorable para la incorporación de los hombres a las tareas de cuidado. Dejar que la conciliación entre vida familiar y laboral se negocie al interior de los hogares ha llevado precisamente a la sobrecarga del trabajo femenino en desmedro de sus ingresos propios y del tiempo disponible para actividades distintas al cuidado de las familia (Torres, s/f).

El derecho al cuidado de la niñez es uno de los derechos más reconocidos y goza de una alta legitimidad social, pero tal como lo señala UNICEF en numerosos estudios para que las políticas de cuidado de la primera infancia tengan éxito deben enmarcarse en un enfoque que integre los derechos de los niños, la igualdad de género y la inclusión social de las familias.¹⁵ Es en estos dos últimos ámbitos donde las políticas y sus resultados son elocuentes respecto de la baja prioridad que tienen las políticas de disminución de la mortalidad materna y de derechos de las mujeres.

Es necesario imbricar prestadores diversos que incluyen a la familia, al Estado, al mercado y a la sociedad civil. En este sentido, la regulación y provisión del cuidado infantil en la región revela vacíos severos, lo que dificulta, entre otras cosas, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, en especial en hogares pobres. Asimismo, falta mayor interdependencia en políticas laborales entre el ámbito productivo y el reproductivo.

Colocar el tema del cuidado en la agenda es un paso previo indispensable para lograr la participación de todos los sectores sociales e institucionales involucradas. Acortar las distancia y promover cambios culturales en los servicios, en las familias y las mujeres que visibilicen las

15 <http://www.unicef.org/spanish/mdg/gender.html>

carencias, las distancias, el lugar que ocupa la salud en la vida de las mujeres y el apoyo de la comunidad, la pareja y el estado.

Para pasar hacia un abordaje integral del cuidado en salud será necesario actuar en varias dimensiones. La primera tiene que ver con la información. El estudio sobre mortalidad materna referido es sin duda un aporte central que habrá que continuar especialmente para incluir las causas indirectas de la mortalidad que van desde la interrupción del embarazo considerada ilegal, el embarazo adolescente, el acceso a servicios de anticoncepción desde la adolescencia.

También es necesario promover la aplicación de las Encuestas de uso del tiempo (EUT) para desarrollar respuestas adecuadas al uso del tiempo en las familias, analizar los costos y el valor de la subvención oculta de parte de las mujeres al sistema de salud.

Estudios realizados en otros países indican que la alta provisión de cuidados no remunerados en salud que proveen los hogares y las mujeres al sistema de salud, requieren conocer el marco institucional existente, los recursos disponibles y los retornos de asumir el cuidado como inversión.

La educación preescolar pública y gratuita es una inversión que beneficia directamente a la niñez, contribuye al desarrollo de Recursos Humanos y libera el tiempo de las familias para que las mujeres puedan integrarse al mercado laboral.

Según el informe de la UNESCO, los países deberían tener al menos 1 año de enseñanza preescolar obligatoria, por lo menos para los más desfavorecidos en caso de que por motivos económicos esto fuera inviable. Es necesario que se desarrollen programas orientados a alcanzar las zonas más vulnerables, lo que también supone brindar una mejor situación económica a los educadores.

El mismo informe señala que la atención brindada a los párvulos en la primera etapa de la vida se ve afectada en gran medida por opiniones culturales (y a menudo por consideraciones de género) relacionadas con la posibilidad de que los padres estén en casa para atender a sus hijos y establecer vínculos con ellos.

El Marco de Acción de Dakar pide la formulación de políticas nacionales multisectoriales dotadas de recursos suficientes. Desde 2000 numerosos países han formulado tales políticas, así como los marcos jurídicos correspondientes. En los últimos años se ha prestado gran atención en los textos académicos a los servicios integrados destinados a la primera infancia.

El acceso a una enseñanza preescolar de buena calidad tiene enormes repercusiones en los resultados de los alumnos en la enseñanza primaria, cuyos efectos duran a menudo en etapas ulteriores de la vida.

Es necesario considerar que el cuidado como concepto y como política demanda enfoque integrales y nuevas formas de articulación intersectorial que puede pensarse a partir de la territorialización y las autonomías.

En síntesis, el cuidado requiere abordarse desde múltiples perspectivas: En primer lugar es necesario para trabajar en la visibilización del problema, en segundo lugar la cuantificación de las demandas y necesidades a través de una encuesta de uso del tiempo, para luego identificar con todos los actores, sociales e institucionales, involucrados para definir de manera participativa, una agenda de investigación y construcción de un sistema de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramo, Laís
s/f Costos laborales de hombres y mujeres en países de América Latina: mitos y realidad.
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia; Perrotta, Valentina
2015 *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay*, Serie Asuntos de Género No. 127 (LC/L.4057), CEPAL, Santiago de Chile.
- Benería, Lourdes y Shelley Feldman (eds.)
1992 *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*, Boulder, Westview.
- Burgos, Alejandra
2015 *Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014*, Serie Población y Desarrollo No. 112 (LC/L.4096), CEPAL, Santiago de Chile.
- Calderón, Coral
2013 *Redistribuir el cuidado: Los desafíos de las políticas*, Cuadernos de la CEPAL No. 101 (LC/G.2568-P) Calderón, Coral (coordinadora), Santiago de Chile.
- Carrasco, Cristina
2012 *El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía*, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)
2010 *El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del*
2013 *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo* (LC/L3697), Montevideo
2007 *Consenso de Quito X conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe* (DSC/1), Quito.
- CEPAL-UNICEF
2011 *Cuidado infantil y licencias parentales*, Desafíos No. 12, Santiago de Chile.
- Céspedes, Catalina; Robles, Claudia
2016 *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe Deudas de igualdad*, Serie Asuntos de Género No. 133 (LC/L.4173), CEPAL-UNICEF; Santiago de Chile.
- Cobos, María Isabel; Miller, Tim; Salguero, Magda Ruiz
2013 *Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina*, Serie Población y Desarrollo No.108 (LC/L.3735), CEPAL, Santiago de Chile,
- Darcy de Oliveira, Rosiska
2003 *Reengenharia do tempo*, Editora Rocco, Idéias Contemporâneas, Rio de Janeiro.
- Estado Plurinacional de Bolivia
2016 *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011*, Serie Documentos de Investigación No. 44, Ministerio de Salud, La Paz

- 2011 *Todos los niños y niñas en la Escuela para el 2015*, La Paz.
- 2012 *Documento del programa del país 2013-2017*, UNICEF.
- Fundación Jubileo
- 2016 *Presupuesto 2016. Ante la caía, una alerta para planificar el desarrollo y generar mayores ingresos.*, Reporte coyuntura No. 17, La Paz.
- Gamboa, Luis Fernando; Krüger, Natalia
- 2016 *¿Existen diferencias en América Latina en el aporte de la educación preescolar al logro educativo futuro?: pisa 2009-2012* en Revista CEPAL No. 118 (LC/G.2676-P), CEPAL, Santiago de Chile.
- Gherardi, Natalia; Zibbecchi, Carla
- 2011 *El derecho al cuidado: ¿Una nueva cuestión social ante los tribunales de justicia de Argentina?* En Revista Política 49 (1), Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Gómez. Elsa
- 2001 *Equidad, Género y Salud*, OPS-OMS, Santiago de Chile
- Gilligan, Carol
- 1985 *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*, Fondo cultural económico de México, México D.F.
- Marco, Flavia
- 2014 *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina*, Serie Políticas Sociales No. 204, (LC/L.3859), CEPAL, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud y Deportes
- 2008 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.
- Naciones Unidas
- 2015 *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*, Naciones Unidas.
- 2010 *Objetivos del Desarrollo del Milenio, El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos de desarrollo del milenio desafíos para lograr la igualdad.*(LC/G.2460) Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- 1996 *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (A/CONF.177/20/Rev.1), Nueva York
- 2014 *La situación demográfica en el mundo, 2014*,(ST/ESA/SER.A/354) Naciones Unidas, Nueva York
- OPS (Organización Panamericana de Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud)
- 2013 *SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD SALUDABLE Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos*, OPS, Washington DC.
- Pautassi, Laura
- 2009 *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*, Seminario Regional Las familias I latinoamericanas interrogadas.Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas, CEPAL, Santiago de Chile
- Rico, María Nieves
- 2013 *Estándares de calidad en políticas de cuidado infantil.*, Taller Regional de Capacitación "Políticas orientadas a las familias para la reducción de la pobreza y la conciliación de la vida laboral y familiar en América Latina", CEPAL, Santiago de Chile

Schwarz, Patricia

2009 *Pensar la maternidad como desafío teórico, histórico y político.. Un análisis de las conceptualizaciones de la teoría de género sobre la maternidad.* XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Torres, Júlía

s/f Diferencias básicas entre la Ética de la Justicia y la Ética del Cuidado [Care Ethics]
[http://alcoberro.info/docs/assets/pdf/CARE%20ETHICS04%20\(1\).pdf](http://alcoberro.info/docs/assets/pdf/CARE%20ETHICS04%20(1).pdf)

UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)

2015 *La Educación para Todos 2000-2015: Logros y Desafíos*, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Paris.

UNICEF (El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

2006 *Convención sobre los derechos del niño*, Nuevo Siglo, Madrid.

COLECCIÓN GÉNERO E INFANCIA

GÉNERO E INFANCIA Y ÉTICA DEL CUIDADO

Alice Soares Guimaraes

CUADERNO DEL CUIDADO.

Integrando los derechos de las mujeres y de la infancia

Cecilia Salazar, Fernanda Sostres, Fernanda Wanderley e Ivonne Farah

HACIA UNA POLÍTICA MUNICIPAL DE CUIDADO.

Integrando los derechos de las mujeres y de la infancia

Ivonne Farah, Cecilia Salazar, Fernanda Sostres y Fernanda Wanderley

EL ESTADO DE LA SITUACIÓN DEL TRABAJO ASALARIADO DEL HOGAR EN BOLIVIA

Fernanda Wanderley

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en El Alto

María Dolores Castro y María Eugenia López

¿INFANCIA ETERNA?.

Niñez en situación de discapacidad y derecho al cuidado

Sonia Conde Crespo

EL CUIDADO: UN DERECHO PENDIENTE EN LA NORMATIVA Y PRÁCTICA LABORAL

Estudio de caso en la ciudad de La Paz

Ana María Maldonado