

Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales

Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución

Mari Luz Esteban

Introducción

En esta comunicación voy a ofrecer una lectura general del tema de los cuidados llevados a cabo por las mujeres fuera del ámbito profesional e institucional a las personas que no pueden valerse por sí mismas (criaturas, enfermos y ancianos dependientes), con algunas ideas que aplicaré posteriormente a la investigación y a la atención socio-sanitaria. A este respecto, voy a hacer una propuesta de análisis desde la antropología de la salud que puede servir para redimensionar la importancia del papel de los llamados profanos (mujeres) y de los especialistas. Además, hablaré de dos objetivos principales de trabajo: conseguir el compromiso activo de los hombres a todos los niveles, y apoyar incondicionalmente a las mujeres que no quieren ya cuidar en los parámetros que nuestra sociedad ha definido.

Mi intervención se sitúa dentro de un enfoque feminista que podríamos denominar materialista, redistribuidor y no diferencialista de los cuidados, que da la toda la prioridad al reparto de tareas, recursos y tiempos entre hombres y mujeres, y a la creación de servicios públicos. Frente al mismo, y aceptando que puede haber posiciones intermedias mixtas y variadas, tendríamos un enfoque "ético" y diferencialista, que se centraría más en el reconocimiento de los valores asociados al trabajo de cuidar, en las especificidades y derechos de las mujeres como cuidadoras.

Es casi obligado comenzar una comunicación sobre cuidados subrayando la trascendencia social de los mismos. Los cuidados a terceros, que forman parte de todas aquellas actividades que tienen como objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, implican tareas de gran importancia social, considerable valor económico e implicaciones políticas notables (Finch, 1989)¹. Pero un aspecto muy significativo de esta importancia es la relevancia numérica de los cuidados domésticos, donde diversas investigaciones² han demostrado de una forma clara y contundente que el cuidado de las personas dependientes se ha delegado y se sigue delegando socialmente en las familias; pero que cuando hablamos de familias nos estamos refiriendo a las mujeres, algo que no siempre se recuerda.

Dicho de otra manera, estos cuidados suponen una responsabilidad social absolutamente generizada y naturalizada que se produce a partir de la articulación del sistema de género, sistema de parentesco y de edad, afectando más a las mujeres adultas, y apoyándose en una caracterización social diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres, y lo emocional, asociado a las mujeres (Comas, 1993,2000). De todas formas, hay que tener presente que no todas las mujeres cuidan, que otras delegan (o contratan) esta responsabilidad en terceras personas (normalmente mujeres), y que "el cuidado no representa lo mismo en todos los casos" (Saitua y Sarasola, 1993:27). Es distinto, emocional y vitalmente, el cuidado de la infancia y de la adolescencia o el cuidado de una persona anciana, que "nos enfrenta a la finitud de la vida, a la decrepitud y a la muerte. Como diferente es cuidar a una persona anciana sana que se vale por sí misma o a otra que depende absolutamente de los demás, contar con recursos materiales y/o humanos o carecer de ambos" (ibidem).

Pero, a pesar de que los distintos estudios realizados no dejan lugar a dudas sobre el papel fundamental de las mujeres, se trata de una responsabilidad que no está bien

¹ Recogido en Comas (2000:188).

² Véanse, por ejemplo, los datos recogidos en Durán (1999), Rodríguez Cabrero (1999), y Maravall (2003).

visibilizada y reconocida socialmente, debido fundamentalmente a tres factores: 1) al hecho de que sea la familia la principal institución donde se llevan a cabo, quedando asociadas estas funciones al ámbito de "lo privado"; 2) a su difícil catalogación como trabajo, por el componente afectivo y su elevado contenido moral, no reconociéndose que son actividades que suponen tiempo y dedicación y requieren un conjunto de saberes y técnicas que se van aprendiendo durante toda la vida; 3) a la fuerte naturalización que sufren, y el hecho de ser las mujeres quienes las realizan, de forma que se piensa que las mujeres por el hecho de serlo poseen naturalmente esos saberes y habilidades, cuando la unión entre mujer, cuidado y familia, es consecuencia directa de la división sexual del trabajo, consecuencia a su vez de un determinado sistema de género (Comas, *ibidem*).

Por otra parte, en los últimos años se está produciendo en nuestra sociedad un reforzamiento de la ideología del cuidado femenino, en el marco de un auge general de las ideologías familiares y domésticas. Este fenómeno ya había tenido lugar en Occidente en otros momentos históricos (finales del siglo XIX, periodo entre guerras mundiales), y tiene que ver, entre otras cosas, con reajustes en los espacios y funciones asignadas a hombres y mujeres, aunque no siempre se ha manifestado con los mismos argumentos sociales y científicos³. Hoy día, esta ideología se aplica sobre todo a los tres colectivos señalados (criaturas, enfermos y ancianos dependientes), y surge en un contexto general de cambio, con factores sociales, políticos y sanitarios muy diferentes y de muy diversa consideración, como: derechización y debilitamiento del estado de bienestar, transformaciones socio-culturales en las formas de convivencia y en las familias, incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, descenso de la natalidad y cambios en las estrategias reproductivas, envejecimiento de la población y alargamiento de la esperanza de vida, mayor presencia de enfermedades crónicas e incapacitantes⁴.

Algunos autores hablan también de que se están produciendo cambios en la organización de la atención personal, "desde un modelo asignativo sobre la mujer hacia un modelo negociado entre los miembros de la red familiar" (Rodríguez Cabrero, 1999a:42). En todo caso, como señala Dolores Comas (2000), hay que tener bien presente que si la familia occidental ha ido perdiendo con la industrialización y la generalización del trabajo asalariado sus funciones como productora de bienes, no ha ocurrido lo mismo en lo referente a su prestación de servicios:

"La familia ha conservado y reforzado su dimensión afectiva y se mantiene como la principal institución suministradora de asistencia que atiende a las situaciones de dependencia de sus componentes y a su mantenimiento y protección: gestación, crianza, salud, manutención, vestido, alojamiento, educación, transmisión de valores, cuidados, de forma que las instituciones públicas de asistencia son más un suplemento que una sustitución de lo que se realiza en familia (...). Hoy se están devolviendo a la familia muchas funciones asistenciales" (2000:190-191).

Sin embargo, a pesar de que el papel cuidador de la familia "sigue siendo muy activo y comprometido" (Rodríguez Cabrero, *ibidem*), se produce paradójicamente un "sobreénfasis en la crisis de dicho papel" (*ibidem*). Esto se entiende si recordamos que estas preocupaciones sociales aparecen también en relación directa con el éxito del

³ Véanse Maquieira (1997) y Esteban (2000).

⁴ Los cambios ocurridos en los últimos años en la sanidad pública, en relación por ejemplo a tiempos más cortos de hospitalización por operaciones o tratamientos de distinto tipo, al margen de que pretendan una racionalización de la atención y del gasto público, se enmarcan en este mismo contexto.

feminismo, por lo que deberían ser interpretadas como reacciones frente a los avances sociales de las mujeres.

Una consecuencia clara de la preocupación social creciente en torno a los cuidados no profesionales es el hecho de que en la última década las administraciones públicas, tanto en Europa como en el Estado Español, estén poniendo en marcha diferentes leyes, planes y medidas que pretenden regular cuestiones relativas a la maternidad y a la atención de enfermedades crónicas e incapacitantes. Esta regulación se enmarca dentro de lo que se denomina la "conciliación de la vida familiar y laboral", que Isabel Otxoa (2001) define como "una serie de medidas que hagan posible combinar la participación en el mercado de trabajo y el cuidado de las personas dependientes: menores, enfermos y ancianos"⁵. Una cuestión discutible en torno al concepto de "conciliación de la vida familiar y laboral", que es ya una expresión de uso común en la vida política, sindical y feminista, es el mismo término de "vida familiar": tal y como se entiende en nuestra sociedad, en general, la vida familiar "empieza muchas veces, sin posibilidad de elección, donde termina la atención social de los problemas" (ibidem). Es, por tanto, un concepto ambiguo pero también dinámico, puesto que varía de acuerdo a transformaciones socio-culturales y decisiones político-legislativas que se retroalimentan mutuamente. Por ejemplo, la oferta pública de escolarización a partir de 2 años en Euskal Herria ha provocado que en pocos años se haya modificado el cómo se entiende el cuidado de las criaturas más pequeñas.

Se pueden clasificar las políticas públicas en torno a la conciliación en tres tipos (Otxoa, 2001): (1) Las que ofertan dinero, mediante subvenciones y medidas fiscales para la realización directa de los cuidados o la contratación de servicios. (2) Las que ofertan tiempo, mediante reducciones o reorganizaciones del horario laboral (reducciones de jornadas, excedencias, permisos...). (3) Las que se centran en los servicios externos a la familia, de forma que las tareas las realicen otros. Esta tercera opción sería la más igualitaria, tanto por las personas que prestan los servicios como por el hecho de que las mujeres pueden descargar el tiempo de cuidado (ibidem). Sin embargo algunas investigaciones muestran que en el Estado Español las mujeres prefieren el primer tipo de medidas: "La prestación económica seguida a gran distancia de la ayuda a domicilio" (Rodríguez Cabrero, 1999b:626). La demanda de servicios ocupa un lugar menor, lo que es explicado por Gregorio Rodríguez Cabrero "por la pobre tradición en la prestación de servicios en comparación con las prestaciones económicas. Solamente el desarrollo futuro de las redes de servicios sociales a nivel local podrá ir modificando la cultura de preferencia de la prestación económica" (ibidem).

Por otra parte, los distintos planes surgen por lo general sin un debate social amplio previo o paralelo a la aparición de los mismos, aunque es predecible que en los próximos años las cuestiones relativas a los cuidados sean motivo de mayor discusión y conflictividad social. Además, en general sus contenidos están sólo esbozados y hay que ver el alcance real de las medidas, que no siempre son iguales entre sí (Otxoa, ibidem)⁶. Como conclusión general, podemos decir que las medidas que se están

⁵ Tres ejemplos serían: la "Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras" (39/1999), promovida por el PP y aprobada por el Parlamento Español el 5 de noviembre de 1999; o el "Plan Interinstitucional de apoyo a las familias con hijos e hijas", aprobado por el Gobierno Vasco en julio de 2001, y el "Plan de apoyo a la familia" del Gobierno Navarro, del 7 de mayo de 2001, que se centran únicamente en la atención de hijos e hijas.

⁶ En este sentido, y refiriéndose al conjunto del Estado Español, María Caprile (2002) apunta que "a lo largo de la negociación colectiva de 2001 se constata un cierto avance en el tratamiento de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y la conciliación de la vida familiar y laboral. Se destaca, en

tomando no están suponiendo la reversión de la situación, en cuanto que la responsabilidad de los cuidados sigue estando en manos de las mujeres, y no se está cuestionando la "obligatoriedad" para ellas, lo que debería ser una condición *sine qua non*. Como señala Constanza Tobío (2002) para el caso de las madres trabajadoras: "Entre el mundo del trabajo y el mundo de la familia más que conciliación y compatibilización hay hoy una relación de contradicción, cotidianamente experimentada" (2002:41). Algo que se podría generalizar a todo el ámbito de los cuidados. De todas formas, y de acuerdo con Otxoa (2001), habría que considerar positiva la explicitación de estas políticas, puesto que "la política familiar existe, aunque no se mencione", y además nunca hay políticas neutras, de forma que la regulación jurídica puede ayudar a su visibilización y al reconocimiento formal del trabajo específico de las mujeres, además de favorecer la discusión y el debate públicos en torno a estos temas.

Consecuencias de la invisibilización y naturalización de los cuidados femeninos

La consecuencia principal de la invisibilización y naturalización de los cuidados es que garantiza la continuidad de su ejecución por parte de las mujeres. En este sentido tendríamos que estar bien alertas frente a un proceso de re-naturalización de las mujeres que se está produciendo en la última década y que se aprecia de manera muy significativa en algunos aspectos de la salud femenina, como la menopausia, o en el mismo tema de la maternidad. Por re-naturalización me refiero al hecho de que en la actualidad se siga argumentando la desigualdad social de las mujeres apoyándose en una biología o una psicología definidas científicamente como diferenciadas, algo que fue perfectamente combatido en los años setenta y ochenta por las feministas desde muy diferentes campos disciplinares y temáticos. Pero, sin embargo, en los últimos años las teorías esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres no sólo no se han agotado sino que han surgido nuevas explicaciones para las mismas, y el ámbito de los cuidados es especialmente propicio para ello⁷.

Un ejemplo paradigmático de este tratamiento del trabajo de cuidar lo tenemos en el tema de la lactancia materna, que está siendo cada vez más objeto de preocupación médico-sanitaria. Si analizamos los planteamientos médicos y sociales dominantes en torno a la misma observamos diferentes cuestiones: por una parte, la gran distancia que existe entre la convicción social sobre sus beneficios y los resultados científicos al respecto; la falta total de diversificación de todas las situaciones y contextos posibles; por otra parte, la ausencia en los discursos y análisis de los puntos de vista, experiencias y estrategias diferentes de las madres y grupos domésticos (Esteban, 2000:219). Todo ello se entronca en una visión totalmente uniformizadora de dicha práctica, que en los discursos de los expertos queda ligada exclusivamente a la alimentación y al bienestar de las criaturas, no poniéndose de manifiesto que es un: "Un ámbito de socialización fundamental para mujeres y niños, de aprendizaje de una

especial, la incorporación y mejora de la nueva normativa sobre conciliación: un aspecto todavía minoritario en los convenios colectivos, pero que puede ser reflejo de un cambio más hondo en la sensibilidad hacia estos temas". Sin embargo, la valoración que el propio Gobierno Vasco y diferentes sindicatos han llevado a cabo sobre los resultados del Plan de apoyo a la familia de la Comunidad Autónoma Vasca, no han sido muy positivos, sobre todo en cuanto a los servicios de atención a criaturas de 0 a 3 años y el cumplimiento de las expectativas de utilización de los permisos remunerados por parte de los hombres.

⁷ Para profundizar en esta idea de la re-naturalización, aplicada sobre todo a la menopausia y maternidad, puede consultarse Esteban (2003).

determinada gestión de las emociones, de una concreta división del trabajo, un campo desde donde se estructuran los diferentes espacios y relaciones entre diferentes grupos (adultos/niños, hombres/mujeres, médicos-pediatras/clientes-mujeres)" (Esteban, 2000:220-221). De forma que dar de mamar es en nuestra sociedad la demostración de afecto y ternura por excelencia: "Es precisamente la dimensión emocional lo que se destaca cuando se piensa en la lactancia, ocultando el trabajo de reproducción que supone. En las tareas que realizan los hombres, ocurre justo al revés: se sobredimensiona el trabajo en sí, ocultando la parte emocional" (ibidem).

Pero además, el tratamiento naturalizador y emocional del cuidado se traduce directamente en que dichas funciones así como los conocimientos que comportan no tienen igual reconocimiento social y simbólico que otros trabajos y saberes. Por ejemplo, en la mayoría de estudios y discursos al respecto no se les confiere a las mujeres el mismo estatus "profesional" que tienen otros colectivos relacionados con la atención a la salud, como el personal médico-sanitario o los trabajadores de servicios sociales, que son considerados los expertos. De manera que las mujeres, como genérico, y a pesar de que se hable de sus funciones como cuidadoras, permanecen a nivel simbólico en un espacio intermedio entre la población general y las instancias de poder, conocimiento y prestigio, como meras intermediarias en el proceso de atención y cuidado, en lo que no sería más que una extensión de sus roles domésticos. Sólo de forma puntual y en relación a problemáticas muy concretas, algunos colectivos de mujeres han sido consideradas y tratadas como "expertas". Me estoy refiriendo al tema concreto de las drogas ilegales, donde en algunos momentos asociaciones del tipo de "Madres contra la droga" se han convertido en protagonistas del debate público siendo equiparadas a otros actores sociales.

Pero, no se trataría sólo de una falta de reconocimiento y de estatus, sino que de forma simultánea y articulada con lo anterior, la división sexual del trabajo que comporta esta especialización femenina en el cuidado implica además una distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, y de los tiempos entre hombres y mujeres. Por comprender mejor esto, y como señala Nancy Fraser (2000), es necesario evidenciar los lazos institucionales directos entre "las normas androcéntricas que infravaloran las actividades codificadas como 'femeninas'" y cuestiones como los bajos salarios de las trabajadoras o la marginación general de las mujeres respecto al mercado de trabajo" (2000:58). En esta misma línea, Robert Connell (1997), cuando analiza las relaciones de producción como una subestructura del sistema de género⁸, llama la atención sobre la relación directa existente entre "las consecuencias económicas de la división genérica del trabajo y el dividendo acumulado por los hombres, resultante del reparto desigual de los productos del trabajo social. Esto se discute más a menudo en términos de discriminación salarial, pero se debe considerar también el carácter de género del capital. Una economía capitalista que trabaja mediante una división por género del trabajo, es, necesariamente, un proceso de acumulación de género. De esta forma, no es un accidente estadístico, sino parte de la construcción social de la masculinidad, que sean hombres y no mujeres quienes controlan las principales corporaciones y las grandes fortunas privadas. Poco creíble como suena, la acumulación de la riqueza ha llegado a estar firmemente unida al terreno reproductivo, mediante las relaciones sociales de género" (1997:37).

De todas formas, tener en cuenta esta desigualdad estructural no es incompatible con intentar ser todo lo rigurosas y cautas posible, sin sacar conclusiones excesivamente

⁸ Connell distingue tres subestructuras: las relaciones de poder, las relaciones de producción, y la cathexis (sexualidad y emociones), como partes fundamentales de un sistema de género.

simplistas o apresuradas. Me refiero a que valorar debidamente las consecuencias sobre la vida de hombres y mujeres de los cuidados de familiares y personas dependientes supone también revisar críticamente las perspectivas de análisis que estamos utilizando. Así, enfoques como los utilizados por la antropóloga Susana Narotzky (1990) ofrecen visiones y resultados que merecen ser tenidos en cuenta. Narotzky ha estudiado en una de sus investigaciones las relaciones de producción y reproducción en una población rural mediterránea que se dedica a la producción de la aceituna, donde la unidad doméstica (de convivencia) y de producción no son coincidentes. A partir de su estudio esta autora llama la atención sobre la relación que en dicho contexto se da entre el énfasis ideológico puesto en el cuidado de los viejos y diferentes mecanismos de reproducción social, mostrando cómo unos procesos ideológicos favorecen la explotación de la fuerza de trabajo femenina. Así, la generación más vieja tiene el control de los medios de producción, siendo esto para ellos garantía de supervivencia, mientras que los jóvenes van teniendo cada vez más poder a medida que aquellos van envejeciendo. Pero un aspecto que se demuestra fundamental es que el cuidado de los viejos llevado a cabo por las mujeres de este medio se convierte en algunos casos en una estrategia de gran trascendencia para el control futuro de los medios de producción por parte de las parejas jóvenes, independientemente de otros factores reguladores de la herencia. Se da de esta forma un intercambio cruzado y con valores diferentes entre: amor paterno y trabajo de los hijos, por un lado, y amor filial y herencia, por otro. Es decir, las transformaciones económicas del grupo doméstico están tejidas en una red de valores emotivo-afectivos, teniendo los sentimientos un protagonismo definitivo en la estructura social. Lo que el trabajo de Narotzky muestra es que es necesario poner en relación los ámbitos productivo y reproductivo y las diferentes actividades llevadas a cabo por hombres y mujeres, además de analizar debidamente los contextos en los que se dan.

Así y todo, es evidente que a nivel general la responsabilidad generizada del cuidado es un obstáculo para la inserción y/o continuación de las mujeres en el mercado de trabajo y su acceso a la riqueza, y por tanto para conseguir la igualdad de oportunidades, puesto que está ligada estructuralmente a una distribución desigual tanto de los recursos como de los tiempos y responsabilidades entre hombres y mujeres, distribución que es a la vez causa y consecuencia de dicha responsabilidad diferenciada. Pero, comprender bien cómo se produce esta división sexual del trabajo y de la riqueza implica estudiar de una forma dinámica los contextos particulares en los que se da, sin perder de vista el contexto social global, e interrelacionando debidamente el nivel ideológico-simbólico de la experiencia (normas, ideas, símbolos...), el nivel de las prácticas concretas, individuales y colectivas, y de las relaciones sociales, así como todo lo relativo al ámbito institucional, incluida la organización del estado.

Asimismo, es preciso tener en cuenta las transformaciones socio-culturales en torno a la infancia, la maternidad, la vejez, o la atención a la salud. En general, los cambios significativos en las responsabilidades femeninas y masculinas, cuando se dan, ocurren en colectivos minoritarios y muy específicos, y siempre más relacionados con actividades consideradas socialmente como más "amables", como las relativas a la maternidad. Así, por ejemplo, en una investigación donde se ha abordado el tema de las transformaciones ocurridas en nuestra sociedad respecto a los modelos de género (del Valle et al., 2002), se ha comprobado que la maternidad es un ámbito donde, por una parte, bastantes mujeres han ido introduciendo modificaciones en sus representaciones y prácticas; pero donde, por otra, la ruptura de la ideología social diferenciadora y discriminadora para las mujeres es menor que en otras parcelas de la experiencia, como la laboral. De esta manera, aunque actualmente los hombres

asumen tareas respecto a sus hijos/as que no llevaban a cabo hace unas décadas, se sigue dando una especialización muy importante por parte de las mujeres en el cuidado infantil: la excepción la representan algunos grupos minoritarios de hombres que se han ido implicando de un modo consciente y total en los procesos de maternaje; se trata de hombres que tienen ciertas profesiones de clase media - enseñanza, administración-, y que forman parte de parejas con una posición laboral similar, y una ideología de género progresista⁹. Y esta dedicación femenina a las criaturas es además paradigma de la especialización emocional femenina a nivel general y de su responsabilidad frente al cuidado de los demás.

En todo caso, el tema que estamos abordando es complejo y necesita profundización y debate en todas sus vertientes. Supone por ejemplo tener en cuenta la construcción cultural del género y sus consecuencias en la configuración de la identidad femenina (Comas, 1993,2000). Algunos estudios, como el *Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid* (1996), han revelado que en nuestro entorno las propias definiciones que muchas mujeres hacen y mantienen de su identidad femenina y de su salud están en relación directa con su capacidad de cuidar, de forma que el aspecto relacional y de comunicación, incluido todo lo que tiene que ver con cuidados a criaturas y personas de alrededor, es básico para muchas de ellas (Esteban, 2001). Así por ejemplo, siguiendo con el tema de la maternidad, bastantes mujeres viven hoy subjetivamente una incompatibilidad entre maternidad y empleo, sobre todo referida a las criaturas más pequeñas; algo que es reforzado por la ideología social al respecto. Esto hace que muchas abandonen temporal o totalmente la actividad laboral durante un periodo o por lo menos les parezca la mejor solución (del Valle et al., 2002). A este respecto, Tobío (2001) señala lo siguiente:

"Vivimos una situación de transición entre un viejo modelo de mujer y de familia caracterizado por una acusada división de roles de género y un nuevo modelo basado en la incorporación laboral de las mujeres. Sin embargo lo que ya casi es un hecho – una nueva normalidad basada en que la mayor parte de las mujeres trabajan a lo largo de la vida- no ha sido todavía reconocido y asumido en la sociedad española como un cambio y un problema social que obliga a redefinir formas de organización social desde la escala micro (la vida familiar) hasta la escala macro (las políticas sociales, el trabajo, el tiempo y el espacio)" (2001:92).

Feminismo, cuidados, reconocimiento y redistribución

El cuidado de las personas ha sido motivo de preocupación teórica y política para el Movimiento Feminista desde hace mucho tiempo, aunque los planteamientos no hayan sido siempre los mismos. Si incluimos todas las visiones feministas al respecto dentro de un continuum, donde identificaríamos posiciones intermedias muy distintas, en un extremo tendríamos aquellas voces que han dado mucha importancia a lo que se ha denominado la ética del cuidado: lo que vamos a considerar el "enfoque ético del problema" (Saitua y Sarasola, 1993:28). Desde el mismo se ha priorizado sobre todo la necesidad de reconocimiento específico del trabajo de las mujeres, no sólo por su aportación fundamental sino por los supuestos valores asociados a dichas prácticas y la necesidad de universalizar dichos valores; lo que ha llevado en general a sus defensoras a centrarse sobre todo en los derechos de las mujeres, y en la necesidad de aliviar la carga que suponen los cuidados. En el otro extremo estaría lo que he

⁹ Díez (2000) apunta diferentes estudios que corroboran esta afirmación: CIS, 1990; Xunta de Galicia, 1991; Instituto de la Mujer, 1992; Emakunde, 1992.

denominado al comienzo el enfoque materialista y no diferencialista, desde el que se daría la máxima importancia a la redistribución de recursos y tareas, a la corresponsabilización entre hombres y mujeres, y a la necesidad de servicios públicos.

Para explicar mejor todo esto partiré de la aportación hecha por Fraser (2000) al debate mantenido por algunas teóricas feministas en torno a la diferenciación entre políticas feministas del reconocimiento y de la redistribución. Esta autora llama la atención sobre el hecho de que hoy día se haya producido un desplazamiento en las políticas feministas, desde las políticas de la redistribución equitativa de los recursos (más defendidas anteriormente desde posiciones marxistas) a lo que se denominan las políticas del reconocimiento o la identidad. Estas últimas aparecieron durante las décadas de los 70 y 80, pero siguen impulsando en la actualidad "muchos de los conflictos sociales en el mundo, desde las campañas en pro de la soberanía nacional y la autonomía subnacional, a las batallas en torno al multiculturalismo, pasando por los movimientos nuevamente en alza a favor de los derechos humanos, que aspiran a promover tanto el respeto universal por la humanidad común como la consideración hacia la especificidad cultural" (2000:55). Fraser añade que poco a poco este tipo de luchas "se han hecho predominantes en el seno de movimientos sociales, tales como el feminismo, que anteriormente había dado prioridad a la redistribución de los recursos" (ibidem). Este desplazamiento resulta preocupante para ella, dado que se produce en un entorno de globalización económica donde se están agudizando las desigualdades económicas, lo que puede favorecer en su opinión la marginación, eclipse y desplazamiento de las luchas a favor de la redistribución. Porque no siempre contribuyen, a "promover la interacción respetuosa en el seno de contextos cada vez más multiculturales, sino a simplificar y reificar de manera drástica las identidades de grupo" (ibidem:56).

Estas reflexiones pueden arrojar luz si las aplicamos al tema de los cuidados. Siguiendo la diferenciación en torno a las políticas feministas presentada anteriormente, podríamos ubicar el enfoque ético de los cuidados más en las políticas del reconocimiento, de la diferencia, de la identidad, mientras que el enfoque materialista/no diferencialista podría estar más relacionado con las políticas de la redistribución. Es probable que en los planteamientos feministas en torno a los cuidados que se están dando en el Estado Español estén siendo mayoritarias combinaciones de ambos enfoques; por ello no estoy segura de que se pueda hablar de un desplazamiento claro de la redistribución al reconocimiento, por lo menos no en los términos en los que lo define Fraser. Pero sí creo que se puede afirmar que el enfoque ético, centrado en los derechos y especificidades de las mujeres, tiende a impregnar todos los debates feministas al respecto. Así y todo, comparto también la idea de Fraser de que el feminismo debe tener en cuenta ambos aspectos a la vez, el reconocimiento y la redistribución, y no sólo uno de ellos, y me referiré a medidas que tienen que ver con ambos. Pero desde mi punto de vista, el mejor camino para el primero (el reconocimiento) es el segundo (la redistribución).

Veo riesgos claros en la insistencia en el reconocimiento de la especificidad femenina y en los derechos de las mujeres cuidadoras. En primer lugar, porque creo que es discutible esa defensa de la ética del cuidado como algo específico de las mujeres. En este sentido, estoy de acuerdo con Aintzane Saitua y Maru Sarasola (1993) cuando afirman que "sólo es posible una posición ética cuando se reconocen los deseos, sentimientos y pasiones contrarios y contradictorios que habitan en una misma y se elige entre ellos, asumiendo la responsabilidad tanto para el bien como para el mal. Cualquier acto ético implica necesariamente libertad de opción en cada situación o circunstancia concreta en la que se plantea. Sin embargo, la ética tradicional femenina

del cuidado no se basa en una opción realizada por cada mujer, sino que se trata de una imposición basada en la virtud femenina por excelencia, la abnegación, que se da por supuesta (ni siquiera es una virtud) y es obligatoria" (1993:29).

Además, porque subrayar los derechos legales y sociales de las mujeres como principal opción, que es lo que básicamente estamos reivindicando ahora, contribuye a seguir separando "inevitablemente" a los colectivos femenino y masculino, a esencializar de alguna manera las distancias entre los mismos, y por tanto a perpetuar la responsabilización femenina. Máxime cuando hasta el momento todas las políticas europeas han fracasado en cuanto a la implicación igualitaria de los hombres en los cuidados. Por otra parte, no me parece que hablar de la diferencia de las mujeres y de la importancia del reconocimiento y teorizar sobre ello, sin más, sirva realmente para conseguir un mejor estatus para las mujeres, resolver la contradicción que existe para muchas entre empleo/trabajo y familia, y/o aumentar su autoestima como cuidadoras.

Así, considero que la consigna de "Insumisión al Servicio Familiar Obligatorio", que lanzaron las Asambleas Feministas de Euskadi en la campaña del 8 de marzo de 1993¹⁰, sigue teniendo toda su vigencia y potencialidad. En esta campaña lo que se pretendía, además de sacar a la luz el problema y extender el debate, era promover la discusión acerca de cómo conseguir la participación de los hombres, como un eje prioritario de actuación. De esta manera, se proponía la renuncia concreta y explícita de las mujeres frente a las tareas concretas, como una forma de "obligar" al colectivo masculino al reparto, dándose así lugar a una mayor conflictividad social al respecto que desembocara en la búsqueda de soluciones privadas y públicas. El segundo eje era la necesidad de apoyar a aquellas mujeres que, cada vez en mayor número, se van negando a cumplir calladamente con lo que la sociedad les asigna, dado que parece imposible la solución espontánea del problema.

Apliquemos ahora algunas de estas ideas al ámbito socio-sanitario

Aplicaciones a la investigación y a la atención socio-sanitaria

Comenzando por el tema de la necesidad de reconocimiento, hay dos aspectos que me parecen definitivos: uno es la necesidad de impulsar investigaciones empíricas, sobre todo cualitativas, que nos ayuden a un mejor acercamiento a la realidad. El segundo es lograr que las mujeres sean consideradas expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras. En cuanto al primero, hay que constatar de entrada una cierta escasez en el contexto del Estado español, y sobre todo en Euskal Herria, de estudios cualitativos centrados en el trabajo de cuidar. Necesitamos conocer mucho más sobre el día a día de los cuidados, sobre las estrategias llevadas a cabo por las cuidadoras, las diferencias entre ellas de acuerdo a variables diversas (clase social, edad, etnia, opción sexual, ocupación, ideología...), y las dificultades y tensiones concretas de las mujeres y las familias¹¹. Como también considero esencial comenzar a investigar la experiencia de los hombres cuidadores, aunque sean un colectivo minoritario, precisamente por la importancia de analizar la diversidad, de comprobar las diferencias pero también las similitudes entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta asimismo diferentes variables.

¹⁰ Véase Asamblea de Mujeres de Bizkaia-Bizkaiko Emakumeen Asanblada (1994).

¹¹ Un ejemplo de investigación cualitativa es la realizada por Tobío (2001,2002) en torno a las madres trabajadoras. Calvente, Mateo y Gutiérrez Cuadra (1999), por su parte, utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas en su estudio sobre cuidadores/as informales.

Para esto, una condición de partida sería la revisión de los modelos de análisis que se están utilizando en el abordaje de estas cuestiones dentro del ámbito sanitario, así como llamar la atención sobre la necesidad de la interdisciplinariedad. En los modelos teóricos dominantes se da un desajuste absoluto a la hora de valorar la importancia de las funciones asistenciales realizadas dentro y fuera del sistema, estando los cuidados sanitarios totalmente hipervisibilizados y reificados frente al resto. La antropología social, y más en concreto su especialidad de antropología de la medicina, por sus planteamientos teóricos y metodológicos y su mirada cualitativa y relativista, ofrece una perspectiva de análisis alternativa que permite acceder de una manera más equitativa y compleja a las tareas de cuidado llevadas a cabo tanto por especialistas como por profanos¹². Esto es así porque esta disciplina, cuando analiza los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992) en cualquier contexto cultural, toma en cuenta y equipara de entrada los diferentes sistemas médicos y niveles de atención que concurren en cualquier itinerario asistencial (Comelles, 1998).

Desde la antropología diferenciamos tres niveles de atención a la salud (Comelles, 1998): (1) el doméstico-familiar; ampliable a las redes sociales y organizaciones no profesionales; (2) el que se refiere a los especialistas de cualquier tipo (biomedicina¹³ y otras medicinas); y (3) el ámbito institucional. El primero conforma lo que se denomina la autoatención, que se caracteriza entre otras cosas por: no implicar presencia ni hegemonía del sistema médico-sanitario, ser mucho más importante desde un punto de vista cuantitativo (70-90%), y ser llevado a cabo mayoritariamente por mujeres (80%). Sin embargo, y de forma contradictoria, el volumen de investigación relativa a salud/enfermedad concerniente a las instituciones sanitarias supone el 80% del total, y la influencia ideológica que sobre la población tienen los especialistas e instituciones de salud, a través del contacto directo en las consultas, procedimientos educativos diversos o presencia en medios de comunicación, es abrumadoramente mayor. Algunas conclusiones importantes sobre la participación de los no profesionales en la atención a la salud derivadas de la reflexión socio-antropológica son las siguientes: los profanos no actúan casi nunca siguiendo las premisas preestablecidas en el organigrama del sistema; no conciben la institución como algo cerrado, sólo con una puerta y con relación neutra con los profesionales; los profanos utilizan fármacos y utilizan a los profesionales. Sin embargo, no hay que pensar que esto supone que desde las ciencias sociales se toma partido sin más por los usuarios, sino que lo que se hace es poner marcha estrategias de investigación que reconstruyen la totalidad cultural de la enfermedad y su atención; es decir, el proceso asistencial en su conjunto (ibidem).

Pero la autoatención se ve sometida a diferentes procesos de descalificación, entendiendo éstos como productos sociales propios de una dinámica de confrontación e intercambio entre culturas, sociedades y colectivos sociales diferentes, y también como un recurso de dominio (Menéndez, 1990). Eduardo Menéndez (1990) ha agrupado los argumentos descalificatorios en tres grandes bloques: (1) La autoatención es irrelevante para la atención de salud y para la estructura sanitaria y sus políticas, considerándose algo complementario, suplementario o residual. Sin embargo, se puede demostrar que esta atención precede, sustituye, influye, evalúa y se asocia siempre

¹² Para una revisión de diferentes investigaciones y enfoques relativos a los cuidados realizados por profanos puede consultarse Haro (2000).

¹³ El término Biomedicina "designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas" (Comelles y Martínez Hernáez, 1993:85).

con las directivas profesionales. (2) La autoatención constituye una fuente de problemas, ya que retarda la atención profesional y produce efectos colaterales y riesgos. Diversos estudios demuestran que, sobre todo en algunos contextos, el autotratamiento es apropiado y efectivo, incluso juzgándolo desde parámetros profesionales. (3) La autoatención constituye sólo un recurso tácito a instrumentar en una sociedad sometida a un proceso de desigualdad progresiva con respecto a los elementos básicos de protección a la salud.

Menéndez aplica su reflexión exclusivamente a las relaciones de dominio de unos grupos culturales sobre otros. Desde un punto de vista feminista, y dado que la autoatención no es más que "lo que hacen gratuitamente las mujeres por la salud de los demás", deberíamos entender también estos argumentos como formas de descalificación de género que son utilizadas cotidianamente por los trabajadores socio-sanitarios y los responsables políticos y que contribuyen a jerarquizar los trabajos, saberes y contribuciones culturales de hombres y mujeres. Sólo en esferas del cuidado como la relativa a las criaturas, o en situaciones sociales graves como por ejemplo la enfermedad del Alzheimer, se acepta de buen grado el papel de las cuidadoras, aunque siempre con la condición de que éstas sigan obedientemente los consejos y orientaciones médicas.

Desde este marco teórico, algunos estudios antropológicos llevados a cabo en ámbitos geográficos y culturales diversos han tenido como objeto de estudio el tema específico de los cuidados femeninos. Dos buenos ejemplos son los trabajos de Rosa María Osorio (1999a,1999b) y Lilián Glez Chévez (1998), que han abordado distintos aspectos relativos a la atención a la salud ofertada por dos colectivos distintos de mujeres mexicanas de clase baja en el entorno doméstico, mostrando claramente el papel fundamental y autónomo de las mujeres en el mantenimiento de la salud de la población. Osorio ha hecho una investigación con un grupo de madres de la ciudad de México, analizando sus sistemas de saberes sobre los padecimientos de sus hijos, así como el rol materno en este sentido. En uno de sus artículos (1999a), y siguiendo a Finnerman (1989) y Zolla y Carrillo (1998), subraya la falta de reconocimiento desde el modelo médico hegemónico de este papel como curadora, en un contexto además donde la biomedicina no llega a una parte mayoritaria de la población: "La madre aparece como la receptora de las indicaciones médicas, como la 'cuidadora', protectora, educadora, pero pocas veces se valora su papel como curadora, como parte fundamental de los sistemas de atención a la salud y como el recurso no sólo más estratégico y accesible, sino también con un nivel relativamente alto de eficacia y eficiencia, en términos de costos y resultados para el grupo doméstico" (Osorio, 1999a:66). Asimismo, destaca la infravaloración que las propias mujeres tienen de sus conocimientos sobre la salud y su subordinación a la clase médica y su pareja, a pesar de ser las depositarias de un gran conjunto de saberes y de que la inmensa mayoría de las actividades de atención pasan por sus manos (1999a)¹⁴.

Este modelo antropológico aplicado a la investigación sanitaria podría permitir poner en su justa medida la aportación de las mujeres a la salud. De todas formas, a pesar de la relevancia de estas visiones, es necesario señalar que, al igual que en otras disciplinas, gran parte de la antropología sigue haciendo una lectura naturalizadora y

¹⁴ Por su parte, Glez Chévez (1998) analiza las estrategias de atención a la salud en un colectivo de mujeres de lo que ella denomina el subproletariado urbano, prestando especial atención a las interpretaciones diferentes, pero también a las convergencias entre el sistema médico y el sistema cultural de procedencia de sus informantes. Esta autora tiene además muy en cuenta tanto las diferencias de edad entre las mujeres, así como su inserción en un contexto socio-político y cultural determinado, aunque presta menos atención a las cuestiones específicas referidas al sistema de género.

esencializadora de los servicios sociales y sanitarios prestados por las mujeres. Y voy a explicitar algunos de los problemas más comunes que están ocurriendo en esta disciplina puesto que son bastante similares a los que suceden en otras esferas del conocimiento. En muchos estudios se comprueba fácilmente que se desconocen, y por lo tanto no se tienen en cuenta, los planteamientos y revisiones feministas acerca de todos estos temas u otras cuestiones relacionadas que pueden resultar fundamentales para el análisis. Como tampoco se toman en consideración las revisiones efectuadas en los últimos años dentro de otras especialidades antropológicas, como la antropología de la familia o la del parentesco. O se contempla todo ello de una manera totalmente secundaria. Y sin embargo, todas estas perspectivas obligan a replanteamientos en torno a la responsabilización femenina respecto al cuidado y la atención a la salud¹⁵. Asimismo, muchas veces se hacen lecturas restrictivas y funcionalistas de la estructura social, o de parte de dicha estructura, incluso dentro de los enfoques más críticos: desde interpretaciones que otorgan más importancia a unos factores de estratificación (clase, etnia) que a otros (género), que limitan el desarrollo final de las investigaciones¹⁶. No se analizan tampoco las estrategias femeninas concretas y diferentes, ni las diferencias que puede haber entre diversos sectores de mujeres. Ni se tienen en cuenta los conflictos y tensiones intrafamiliares o de otro tipo que surgen alrededor de estas responsabilidades, ni los cambios que se estén produciendo en las mismas, algo que es clave.

Dejando ya a un lado la investigación, he señalado también como objetivo de trabajo el reconocimiento de las mujeres como expertas. A este respecto, y más allá de posibles medidas económicas o fiscales u ofertando tiempo para la realización de estas tareas, habría que pensar en formas distintas de autorizar los conocimientos de las mujeres en torno a la atención a la salud. No sólo de autorizarlos, sino también de acreditarlos formalmente. Puede haber diferentes alternativas: desde la consideración de que ciertos itinerarios, por la intensidad o calidad de los cuidados realizados y de la formación que implican, puedan tener un reconocimiento curricular dentro del proyecto laboral de la/s mujer/es que los han realizado (vía homologación de titulaciones oficiales, etc.)¹⁷. Hasta la reflexión sobre cómo incluir a las mujeres, sobre todo a las directamente afectadas y/o organizadas en asociaciones de familiares y/o enfermos, en diferentes niveles de decisión y planificación social y sanitaria. Lo cual pasaría por pensar en cómo contribuir a organizar, politizar y feministizar más dichos colectivos. En este sentido, no me parece suficiente que las feministas, las políticas o las técnicas de igualdad participen en los procesos de discusión y/o decisión, como sería de desear, sino que estén presentes también las propias cuidadoras; o lo que es lo mismo, que se cree un espacio específico para la organización política en este campo. Es decir, estoy hablando de pensar en formas concretas de otorgar poder, autoridad y prestigio a las directamente implicadas, sin reservarnos el derecho a representarlas, para lo cual la condición de partida es ayudar a que se conviertan en sujeto político.

¹⁵ Llama la atención, por ejemplo, el artículo de Haro (2000) citado anteriormente, donde se hace una buena revisión del planteamiento antropológico del tema de los "cuidados profanos", desde la idea de que dichos cuidados son una dimensión estructural en todas las sociedades. De sesenta páginas que tiene, sólo se dedica una al tema específico de la responsabilización femenina, haciendo alusión sobre todo a los tipos de actividades realizadas por las mujeres. En el resto no se nombra apenas a las mujeres, sino que se habla de familias y redes domésticas y sociales, considerándolos como si fueran espacios homogéneos, armónicos y "naturales", y sin tener para nada en cuenta las relaciones y/o conflictos internos.

¹⁶ Un problema que tiene por ejemplo el mismo trabajo de Glez Chávez (1998), que por otra parte no deja duda sobre la relevancia de la participación femenina en la atención a la salud en el contexto estudiado.

¹⁷ Una medida de este tipo se llevó a cabo en la CAV-EAE con las monitoras de planificación familiar que, procedentes del movimiento feminista en su mayoría, y aunque su formación no había sido reglada desde el punto de vista sanitario, en un momento determinado se les facilitó el título de auxiliar de clínica, lo que sirvió para legitimar sus conocimientos de cara a la sociedad además de favorecer su futuro profesional.

Pasando ya a la redistribución, al reparto de tiempos, recursos y cuidados entre hombres y mujeres, considero que los dos ejes comentados respecto a la campaña de las Asambleas de Mujeres de Euskadi de 1993, que van más en la línea de contribuir a romper de entrada la separación entre hombres y mujeres, y no tanto a subrayar las diferencias entre unos y otras, son definitivos para un cambio real de la situación. Es decir, por una parte, deberíamos estudiar formas de intervención desde el ámbito sanitario que consigan el compromiso ineludible de los hombres. En segundo lugar, el personal socio-sanitario tiene que apoyar de una manera clara y enérgica, sin titubeos, a las mujeres que "se niegan" ya a cuidar en las condiciones a las que nos obliga nuestra sociedad.

Podemos poner un ejemplo de posible campo de actuación en la dinámica cotidiana de los centros sanitarios, que puede articular ambas líneas de trabajo. Se comprueba fácilmente que las mujeres tienen un papel mucho más activo como acompañantes en las consultas y tratamientos. De forma que, cuando una patología o problema de salud que afecta a un núcleo familiar en su conjunto tiene que ver principalmente con el padre de familia o con un varón dentro del mismo, suele ser una mujer (esposa, madre, hija) la que acaba acudiendo a las consultas en búsqueda de ayuda; e incluso es ella la que llega a ser tratada directa o indirectamente a consecuencia de dicho asunto¹⁸ (Esteban, 2001:230-231). Estamos hablando, en concreto, de la inhibición del colectivo masculino incluso en aspectos de la experiencia que les conciernen directamente, algo que es generalizable a cualquier nivel de la asistencia, y de lo que es cómplice el personal sanitario. Esta es una realidad que hay que replantear ya porque, de lo contrario, seguimos influyendo negativamente sobre las mujeres, ya que perpetuamos los roles que por otra parte consideramos que las discriminan (ibidem). Pero todo ello debería formar parte de un planteamiento más general acerca de cómo poner en marcha políticas activas hacia los hombres a distintos niveles y en diferentes ámbitos, "exigiéndoles" su participación con medidas y protocolos de actuación más o menos formalizados.

Los dos ejes de intervención señalados pueden tener campos de aplicación y concreción muy diferentes en la intervención socio-sanitaria, y se podrían beneficiar de la participación conjunta y coordinada de profesionales también muy diversos: trabajadoras sociales, personal sanitario, técnicas de igualdad, sindicalistas, expertos en cuestiones legislativas y jurídicas, etc. En este sentido, es posible que tengamos que estudiar ya las posibilidades que tenemos de impulsar alianzas y estrategias concretas entre el sector sanitario y otros sectores sociales, profesionales, sindicales y políticos afines, que además es posible tengan más avanzada la reflexión. Además, quizá habría que ir pensando en la elaboración de un plan general de actuación en torno a este tema, o por lo menos de un protocolo de mínimos, como se está planteando en asuntos como el de la violencia contra las mujeres.

Por último, me gustaría apuntar otra cuestión que permea todo lo anterior y que me parece también fundamental. En general, el personal médico-sanitario, o bien no ha pensado siquiera en la existencia de un problema de discriminación de género a este respecto, o bien no ve qué se puede hacer desde los dispositivos asistenciales, o como mucho se limita a ser colchón de los malestares y quejas de las mujeres, sin ofrecerles alternativas reales y/o, lo que es peor, medicalizándolas. No estoy totalmente en contra de dar respuestas médicas, psicológicas o incluso farmacológica a los

¹⁸ Debate planteado por la psicóloga Itziar Cantera en el foro "Las mujeres y la ciudad: salud y calidad de vida", organizado por la OP-Asociación de Salud Pública del País Vasco (Bilbao, 1997).

malestares derivados de la discriminación social. Pero tendríamos que ser conscientes de que debe ser una alternativa totalmente secundaria, y de que de alguna manera este abordaje supone un fracaso social y sanitario, puesto que no va a la raíz del problema. Fijémonos por un momento en otras reivindicaciones feministas de gran trascendencia también para la vida de las mujeres, como por ejemplo la del derecho al aborto. A las mujeres que querían abortar no les ofrecimos terapias o fármacos para combatir sus penas. Aunque se diera en un momento histórico diferente y con un movimiento feminista mucho más activo en la calle, es evidente que el debate en torno al aborto y su resolución legal (aunque fuera parcial) del problema que planteaba se produjo sólo y exclusivamente tras una fase más o menos larga de conflictividad social (juicios, movilizaciones, autoinculpaciones, etc.) que forzó a buscar soluciones. Y en ello se comprometieron directa o indirectamente una parte importante de profesionales sanitarios, feministas y no feministas.

De la misma forma, estoy defendiendo la necesidad de la agudización del conflicto referido a los cuidados como una condición para su resolución. Y en este proceso veo también muy necesaria la implicación del sector sanitario. Al igual que con el aborto, para resolver la desigualdad de hombres y mujeres respecto a los cuidados va a ser imprescindible que las mujeres se quejen y protesten mucho más de lo que lo hacen en la actualidad, dejen de ejercerlos y se hagan insumisas; va a ser necesario que las feministas apoyemos estas acciones de todas las maneras posibles; va a ser también necesario que el personal socio-sanitario, o por lo menos un sector concienciado dentro del mismo, no haga de mero receptor del malestar de las mujeres sino de multiplicador y propagador de sus reivindicaciones. Y por tanto, deberíamos ir preparándonos todos/as: mujeres, feministas y profesionales, para un mayor conflicto. Porque sólo así la sociedad, los políticos y los hombres tomarán en cuenta los intereses de las mujeres y se plantearán en serio que tienen que modificar la situación actual.

Bibliografía

AMB-BEA (Asamblea de Mujeres de Bizkaia-Bizkaiko Emakumeen Asanblada). "La dedicación a los demás. El derecho a elegir, objetivo político prioritario". *Jornadas Feministas. Juntas y a por todas*. Madrid: Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español; 1994, pp. 29-36.

Comas d'Argemir, Dolores. "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco", en Roigé, X. (coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*. VI Congreso de Antropología. Tenerife: Asociación Canaria de Antropología, 1993, pp. 65-82.

Comas d'Argemir, Dolores. "Mujeres, familia y estado del bienestar", en del Valle, T. (ed.) *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel, 2000, pp. 187-204.

Comelles, Josep Maria. "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Trabajo social y salud* ("Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995) (I)), Nº 29, Marzo 1998, pp. 135-150. Zaragoza.

Connell, Robert W. "La organización social de la masculinidad", en Valdés, T.; Olavarría, J. (eds.) *Masculinidades. Poder y crisis*. Chile: Isis Internacional, 1997, pp. 31-48.

Del Valle, Teresa (coord.); Apaolaza, Jose Miguel; Arbe, Francisca; Cucó, Josepa; Díez, Carmen; Esteban, Mari Luz; Etxeberria, Feli; Maquieira, Virginia. *Modelos Emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea, 2002.

Durán, Maria Angeles. *Costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV, 1999.

Esteban, Mari Luz. "La maternidad como cultura", en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000, pp. 207-226.

Esteban, Mari Luz. *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa, 2001.

Esteban, Mari Luz. "Feminismo y salud: balance de tres décadas". Ponencia presentada en el Seminario sobre Investigación Feminista organizado por el Instituto de la Mujer y celebrado en Madrid, en noviembre de 2002 (en prensa).

Finnerman, Ruthbeth. "The Forgotten healers: women as family healers in an andean indian community", en Shepherd McClain, C. (ed.) *Womens as Healers. Cross-cultural perspectives*. London: Rutgers University Press, 1989, pp. 24-41.

Finch, J. *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1989.

Fraser, Nancy. "¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era 'postsocialista'". *New Left Review* ("Pensamiento crítico contra la dominación"), Nº 0, Enero 2000, pp.126-155. Ediciones Akal.

García Calvente, M M. Mateo Rodríguez, I. Gutiérrez Cuadra, P. *Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Investigación Cuantitativa*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.

González Chévez, Lilián. *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 1998 (inédita).

Haro Encinas, Jesús Armando. "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000, pp. 101-161.

Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública (nº 32). Madrid: Comunidad de Madrid-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales-Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, 1996.

Maquieira d'Angelo, Virginia. *Revisiones y críticas feministas desde la antropología social. Las contradicciones de Edward Westermarck: un reformador de la sexualidad*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 1997.

Maravall, Héctor. "Las mujeres, sujeto y objeto del Pacto de Toledo y de la atención a la Dependencia. Protección social de las mujeres". Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 2003, 145-169.

Menéndez, Eduardo L. "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular", 1990, (manuscrito).

Menéndez, Eduardo L. "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica", en Mercado, F. (ed.) *Familia, Salud y Sociedad*. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/ Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.

Narotzky, Susana. "La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos". *Familia y relaciones de parentesco. Estudios desde la antropología social. Antropología*, 2. Valencia: Generalitat Valenciana/Institut Valencià de la Dona, 1990, pp. 45-51.

Osorio, Rosa María. "Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesarias", en Esteban, M.L.; Díez, C. (coords.) *Antropología Feminista: desafíos teóricos y metodológicos. Ankulegi-Revista de Antropología Social*, Nº Especial, 1999, pp. 63-70. Donostia.

Osorio, Rosa María. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS-INAH-INI, 1999.

Otxoa, Isabel. "Planes de familia". Ponencia presentada en las Jornadas de Mujeres Abertzales-Emakume Abertzaleen Topaketak, realizadas en diciembre de 2001, en Leitza (Nafarroa).

Rodríguez Cabrero, Gregorio. "El problema de la dependencia: Conceptualización y debates". *La protección social de la dependencia*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999, 25-44.

Rodríguez Cabrero, Gregorio. "Conclusiones". *La protección social de la dependencia*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999, pp. 621-629.

Saitua, Aintzane; Sarasola, Maruja. "La insumisión. El cuidado como elección". *Geu Emakumeok*, Nº 17, Verano 1993, pp. 27-29.

Tobío, Constanza. "La contradicción familia-empleo y las estrategias de las madres trabajadoras". *Demografía y cambio social* (Simposio organizado por la Consejería de Servicios Sociales. Madrid, 12 y 13 de junio de 2000). Madrid: Consejería de Servicios Sociales-Comunidad de Madrid (Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales), pp. 91-106.

Tobío, Constanza. "Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras". *Conciliar la vida. Tiempo y servicios para la igualdad*. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 2002, pp. 15-43.

Zolla, C.; Carrillo, A. "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Figueroa P., J.G. (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México, 1998, pp. 167-198.