

El “Derecho al Cuidado” como derecho complementario del Derecho a la Salud

Autores

Ríos-Cázares Gabriela / Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva

López-Moreno Sergio/ Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva

Autor principal: Ríos-Cázares Gabriela/Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México. País: México. Correo: g.rios.cazares@gmail.com

Palabras clave: cuidados, derecho, salud.

Resumen

El “Derecho al Cuidado” como derecho complementario del Derecho a la Salud.

Palabras clave: cuidados, derecho, salud.

Recientemente el cuidado ha cobrado relevancia debido a su alto costo y el aumento de la población que lo requiere. La dificultad para definirlo, su distribución inequitativa y la necesidad de proteger a quienes cuidan y a quienes reciben cuidados obliga a investigarlo epistemológica y éticamente. En este trabajo se propone una clasificación del cuidado según su magnitud, duración y propósitos, y se establecen las bases para considerarlo un derecho humano fundamental.

Riassunto

Il "Diritto di cura" come un diritto complementare del Diritto alla Salute.

Palabras clave: cura della persona, diritto, salute.

La cura della persona ha recentemente acquisito importanza a causa del suo costo e l'aumento della popolazione richiede. La difficoltà nel definire la cura, la sua distribuzione ineguale e inequitativa e la necessità di proteggere chi cura e chi riceve la cura, ci impone di studiare epistemologicamente ed eticamente. Questo progetto presenta una classificazione di cura sulla base di gravità, durata e lo scopo, e le basi a considerarlo un diritto umano fondamentale.

Objetivo: Analizar el *Derecho al Cuidado* como un derecho fundamental de todas las personas, como complemento del Derecho a la Salud.

Descripción y contexto del problema:

En el último siglo el cuidado ha cobrado relevancia como objeto de estudio a partir del aumento de la población dependiente (infante, anciana o enferma) que requiere de cuidados, así como debido a la escasez de recursos necesarios para su provisión¹. Esto coincide con el interés general por alcanzar una vida de mayor calidad. Uno de los obstáculos más importantes para atender adecuadamente los retos que plantea el cuidado en la sociedad moderna radica en su alto costo y la distribución inequitativa de las responsabilidades de cuidados. Un problema adicional es la dificultad para definir, caracterizar y clasificar las múltiples modalidades bajo las cuales se presta el cuidado. El cuidado se proporciona gratuitamente en el seno familiar —especialmente por las mujeres— pero también se presta en el seno de instituciones extraordinariamente especializadas que cobran por hacerlo. Se cuida a los enfermos pero también a los sanos —embarazadas, infantes y ancianos— y en ocasiones uno cuida y en otras es cuidado.

En América Latina, los quehaceres domésticos y los cuidados no remunerados representan entre el 15.2 y el 24.2% del producto interno bruto (PIB)². En México, en 2013, el valor monetario de los cuidados no remunerados de salud en el hogar fue equivalente a 167 536 millones de pesos, cifra similar a 85.5% del valor agregado de los servicios hospitalarios, y representa 98.1 veces el valor agregado de las residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud del país; de este valor monetario, las mujeres realizaron 72.2% ³. En la Ciudad de México, 75% es provisto por las mujeres sobre todo en el caso de las familias del primer quintil ⁴. Existe una participación muy importante de mujeres mayores de 60 años muchas de las cuales, más que prestar, deberían recibir cuidados dadas sus condiciones de salud. La complejidad de las necesidades de cuidados y la insuficiencia de recursos adecuados generan una alta demanda de trabajo en cuidados para quien lo brinda, lo cual merma su salud física, mental y sus posibilidades de desarrollo, con una consecuente disminución de la calidad de cuidados para la persona que los requiere, comprometiendo así el bienestar de ambas.

A pesar de las dificultades para caracterizar el cuidado, es fundamental hacerlo a fin de fortalecer su papel como componente de la salud. La salud es resultado del nivel de cuidados provistos en lo individual y lo colectivo, en lo privado y lo público, en lo institucional y lo familiar.

Desde hace por lo menos un siglo dos grandes filosofías dominan el pensamiento jurídico contemporáneo: el naturalismo y el positivismo. El naturalismo sostiene la validez universal de los derechos humanos, independientemente del desarrollo social. El positivismo propone que los derechos humanos son construcciones históricas y que su legitimidad depende de quién elabora la Ley ⁵. El Garantismo Constitucional, uniendo ambas corrientes, propone que los derechos fundamentales son construcciones históricas que deben ser tratadas como derechos de validez universal, adscritas a todas las personas e independientes de las fuerzas del mercado y los cambios de gobierno. Proponemos

incorporar el Derecho al Cuidado como un derecho fundamental de todas las personas, independiente de las fuerzas del mercado y del estado ^{5,6}.

Teoría, métodos y modelos:

El trabajo no remunerado (quehaceres domésticos y cuidados a las personas) ha sido visibilizado como elemento importante de la reproducción social ^{7,8}. Si bien existen diferentes definiciones, en general reflejan, en mayor o menor grado, los aspectos materiales, simbólicos y relacionales del cuidado⁸. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe señala que “Desde la perspectiva de la acción social, el cuidado denota la acción dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen de autonomía o la han perdido y necesitan ayuda para hacer actos esenciales de la vida” (CEPAL, 2009, citado en Fragoso PL⁴).

El Cuidado se manifiesta en prácticas de cuidado y ello favorece la reproducción social. Es decir, el cuidado es aquello que subyace a su manifestación fenomenológica pues hablamos del cuidado a las personas a lo largo de la vida, del cuidado a las comunidades y del cuidado ambiental que hace posible un entorno sustentable y no solo sostenible. Se requiere una caracterización del mismo para lograr una imagen actualizada que dé cuenta de sus diferentes concepciones y usos. El cuidado es como la libertad y la salud que sin tener una definición precisa, se reconoce que son indispensables para la vida de todas y cada una de las personas.

En el ámbito de la atención a la salud, la medicina y la enfermería son las disciplinas más involucradas. La enfermería a través de sus diferentes modelos, tiene como objetivo el cuidado de las personas para devolverles o mantener la capacidad de autocuidado e independencia que permitan un desarrollo adecuado en las actividades de la vida diaria y el desarrollo personal⁹.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), establece que toda persona tiene derecho a la salud señalando obligatoriedad para el Estado ¹⁰. En la Observación General 14, el Comité Internacional por los DESC¹¹ reconoce que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente y establece elementos para lograrlo como son la generación de políticas de salud y la aplicación de programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre otros. A su vez, la OMS¹² en su Constitución reconoce para toda persona el derecho al grado máximo de salud que se pueda alcanzar, menciona que este derecho tiene libertades y derechos. En las primeras incluye “el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias”(OMS). Este interés está expresado en la Clasificación Internacional sobre el Funcionamiento y la Discapacidad (CIF) donde la evaluación de salud se amplía al incorporar el concepto de funcionamiento que se refiere a las funciones corporales,

actividades y participación; y de discapacidad que engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación¹³. Es importante destacar que se hace un reconocimiento de las características de las personas y también del ambiente pues es resultado será la interacción entre las dos esferas. En la salud de las personas mayores, la OMS enfatiza las trayectorias de funcionalidad como uno de los elementos centrales ¹⁴. Para lograr el control propuesto por la OMS, las personas necesitan autonomía (poder decidir) e independencia (capacidad funcional física, emocional y mental para realizar actividades de la vida diaria -AVD- sin ayuda). Se espera que tales posibilidades de autonomía e independencia favorezcan la construcción de la vida digna que señala la ONU.

En este sentido, Mary Warnock, al disertar sobre los temas de la vida, la muerte, las discapacidades y la ética, logra un acercamiento a “la vida digna” con aspectos más específicos cuando señala que toda persona debe tener derecho a conocer y entender el mundo, disfrutar la vida y poder decidir lo concerniente a su vida ¹⁵. Por su parte, Amartya Sen propone que para todas las personas deben darse las capacidades que les permitan vivir la vida que consideran valiosa, tales capacidades deben permitir la igualdad para elegir ¹⁶.

Dadas las inequidades en las sociedades, es necesario garantizar condiciones que permitan la igualdad de tales oportunidades. Los derechos expresados en las Constituciones Políticas son elementos imprescindibles para avanzar.

El garantismo constitucional afirma que los derechos humanos son un tipo de derechos fundamentales, cuya garantía es necesaria para alcanzar la mayor igualdad posible en aquellas facultades, necesidades y expectativas asumidas como esenciales para el género humano. Estos derechos operan como leyes de los más débiles en contraposición con la ley del más fuerte. Los derechos humanos son derechos fundamentales primarios, que corresponden a todas las personas independientemente de su capacidad de obrar. A diferencia de los derechos fundamentales secundarios, cuya realización tiene efectos jurídicos (como, por ejemplo, votar) estos derechos sólo producen beneficios, no tienen restricciones ni generan vínculos legales. En este sentido, son derechos pasivos, y no es necesario poseer ningún atributo especial o llevar a cabo ninguna acción para ser titular del derecho. Por esta razón, proponemos el análisis del cuidado como un derecho fundamental de tipo primario, cuya titularidad corresponde universalmente a todas las personas⁶.

Delimitar lo esencial de un derecho implica identificar los elementos que el Estado debe proteger y satisfacer sin restricción alguna, ni siquiera bajo el argumento de falta de recursos. En caso de escasez de recursos, el Estado está obligado a demostrar que hizo todo lo posible para la provisión de tal derecho. Esta delimitación permite avanzar pues marca la pauta inicial que puede ampliarse de acuerdo a la pertinencia para la sociedad¹⁷.

Se trata de una investigación cualitativa que comprende el análisis epistemológico del concepto de Cuidado para construir una tipología y un análisis jurídico, a partir del modelo garantista de Luigi Ferrajoli, para delimitar el cuidado como bien jurídico. El universo son

los documentos científicos, legislativos y de política pública de América Latina en las condiciones sociales actuales.

Resultados:

El análisis inicial indica, primero, que es necesaria una diferencia entre cuidado y cuidados y, en segundo término, que el cuidado tiene una dimensión ética, política y epistemológica. A partir de ello proponemos una tipología de cuidados en salud como punto de partida para la delimitación de los cuidados esenciales en salud que deben ser protegidos como un derecho.

El Cuidado, de acuerdo con nuestro primer análisis, es una categoría simbólica que funciona como el continente de los cuidados. Se trata una categoría que puede funcionar por lo menos de dos maneras: primero, como una forma de acción considerada fundamental para la supervivencia y la convivencia los seres humanos y, segundo, como una forma compleja de institución social. En el primer caso, el Cuidado adopta una condición conceptual que sólo acepta expresiones generales. El cuidado proporcionado por la madre al hijo, por ejemplo, se enmarca en esta esfera. Desde este punto de vista se comprende que el cuidado materno, como categoría abstracta, haya existido siempre, independientemente del desarrollo histórico y los intereses de las sociedades humanas. Pero cuando el Cuidado se expresa en forma concreta, su significado depende de las prácticas culturales en cada época histórica y entonces se habla de cuidados. A diferencia del Cuidado, los cuidados comprenden tanto lo material como lo simbólico.

En suma, los cuidados son las manifestaciones del Cuidado expresado en prácticas concretas, atravesadas por la cultura, los valores, las creencias, el conocimiento y los recursos, y toman por lo tanto formas diversas. La gama de cuidados es amplia, y comprende desde las acciones que requiere una persona en condición de dependencia absoluta hasta el autocuidado.

Si reconocemos que todas las personas, desde el nacimiento y a hasta la muerte necesitamos alguna forma de cuidados y que esta necesidad varía de acuerdo a la etapa de vida, la condición de salud, las expectativas y la cultura, entonces es importante identificar el momento de cada persona para caracterizar sus necesidades de cuidados e identificar los recursos humanos, materiales y simbólicos que deberán ser acordes con las necesidades para alcanzar la vida digna. A partir de ello proponemos la dimensión ética del cuidado: debe ser equitativo, centrado en las personas y debe favorecer la vida digna. Para dar cuenta de ello, identificamos metas inmediatas, intermedias y última del cuidado. Desde el nacimiento hasta la vida adulta, se espera una ganancia gradual, de independencia y autonomía (metas inmediatas), que son capacidades necesarias para conocer y entender el mundo, disfrutar la vida y poder decidir (metas intermedias), ampliamos esta capacidad de decisión a darle el sentido a la propia vida, a la elección libre de la vida que se decida vivir

(meta última). Tales metas deberían mantenerse a lo largo de la vida. Establecemos con ello, la dimensión ética del cuidado.

Los cuidados son necesarios para la salud, la alimentación, la educación y el trabajo, ya sea que se trate de acciones directas como la alimentación de las personas en condición de dependencia como los recién nacidos o adultos que requieren soporte en AVD por alguna enfermedad, o bien, los cuidados que permiten el acceso a oportunidades de educación, desarrollo profesional que pueden implicar el traslado cotidiano de la persona con discapacidad motora o la provisión de educación especial o la suplementación con aditamentos, entre otros; señalamos así, cuidados que amplían el horizonte de bienestar tanto de las personas que requieren cuidados como de quienes proveen. Es esto lo que evidencia el vínculo de los cuidados con esferas vitales.

En todos los casos se requiere de condiciones adecuadas para que el cuidado permita no solo la subsistencia sino la vida digna. Las personas en condición de dependencia —ya sea por etapa de vida como ocurre en la infancia y la adolescencia o en algunas personas mayores o por enfermedad o discapacidad, o en la combinación de etapa de vida y enfermedad—demandan un mayor apoyo para las AVD y para el cuidado de la salud, que mayoritariamente es provisto por la familia y generalmente, por una mujer.

La complejidad de las necesidades de cuidado y la insuficiencia de recursos adecuados, generan una demanda alta y desproporcionada de trabajo en cuidados para quien los brinda. Inicialmente puede existir un proceso de adaptación, pero si la demanda se mantiene o aumenta, ocurren afectaciones a la salud física y mental, a la capacidad laboral y a las posibilidades de desarrollo de la persona que cuida, disminuyendo la calidad de los cuidados para la persona que los requiere. Tal demanda en ocasiones implica una alta habilidad técnica. En la actualidad existe una naturalización de la carga de cuidados como responsabilidad única de las familias y diversos programas se han dirigido a capacitar o a dar un apoyo económico que no resuelve la necesidad, dejando fuera los aspectos estructurales de esta condición injusta.

Podemos señalar otra distinción importante: el cuidado expresado en prácticas de cuidados no puede ser nocivo, pero las condiciones inadecuadas o insuficientes al proveer cuidados, así como su distribución inequitativa generan desigualdad, inequidad, injusticia y merman la salud y la calidad de vida de las personas. La carga de cuidados que hoy rebasa a las familias, no puede naturalizarse.

Esto obliga a preguntarse si existe un derecho al cuidado para las personas. ¿Qué tipo de cuidados y a cargo de quién deben proveerse en una sociedad? ¿Qué valor simbólico y financiero pueden tener? ¿Cuáles son las responsabilidades de los involucrados?

Pensar en el cuidado es pensar en un pacto social que permita el desarrollo equitativo y sustentable para todas las personas en una sociedad. El cuidado es un elemento fundamental

de la reproducción social, es un igualador de oportunidades y por tanto, todos tenemos derecho al disfrute del mismo de tal forma que logremos la independencia y la autonomía (metas primarias) para conocer, entender y disfrutar el mundo y tomar decisiones (metas secundarias) y para lograr la vida que cada uno considere valiosa, la vida que merece ser vivida. Esta es la dimensión política del cuidado.

Si bien tales metas solo pueden lograrse con la provisión de cuidados a lo largo de la vida en las diferentes esferas que ella implica, en condiciones que favorezcan tal propósito, los cuidados en salud tienen un interés especial porque reconfiguran la organización de la vida individual y familiar. En países de América Latina como México y Colombia, la focalización de acciones en salud como resultado de las reformas a los sistemas de salud, disminuye su margen de acción y deja, cada vez más, en la responsabilidad de las familias, las acciones para recuperar la salud.

La enfermería y la medicina son las profesiones principales en la atención a la salud. La primera ha definido el cuidado de las personas como centro de su actuación y los diversos modelos desarrollados señalan acciones en el entorno y en lo individual –desde la alimentación y el baño hasta acciones de cuidados especializados- que permitan la máxima recuperación de la persona y, como un objetivo fundamental, la capacidad de autocuidado.

Considerando todo lo anterior, proponemos una tipología de cuidados en salud que permita aproximarnos a la delimitación de lo esencial del cuidado que pueda ser protegido como un derecho fundamental complementario al derecho a la salud.

TIPOLOGÍA DEL CUIDADO

Nos centramos inicialmente, pero no exclusivamente, en las personas en condición de dependencia por etapa de vida –menores de edad o ancianos-, por enfermedad o condición de discapacidad, o ambas. Esto es porque si la demanda de cuidados rebasa la capacidad de respuesta puede afectar también la salud de quien provee cuidados. Sin embargo, es necesario considerar también las condiciones que potencialmente pueden causar dependencia.

Las afirmaciones que subyacen es que la carga de trabajo relacionada con los cuidados está determinada por la complejidad de la necesidad de cuidados y agravada por la insuficiencia de recursos materiales y humanos. El reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas debe considerar también la necesidad de cuidados de quien presta cuidados, impidiendo que se le atribuya una responsabilidad de cuidados que rebase su capacidad de respuesta o le cause daño. Bajo esta perspectiva, la tipología propuesta se dirige a identificar las características de los cuidados que requieren mayor apoyo de tal forma que sean protegidos por el Estado.

Para la construcción de la tipología, identificamos una dimensión ética y una dimensión epistémica.

La dimensión ética del cuidado se expresa en el imperativo de ser equitativo, centrado en las personas y favoreciendo las metas inmediatas, intermedias y últimas para la vida digna.

La dimensión epistémica considera, por un lado, los objetivos de los cuidados —que son proteger, mantener, recuperar y promover la salud de las personas— y, por otro, la complejidad de los cuidados requeridos y el efecto de ello en la familia o unidad doméstica.

Tanto los objetivos como la dimensión ética son transversales a todos los cuidados.

Las definiciones de los elementos de las categorías de la dimensión epistémica, se muestran a continuación:

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

En el **tipo de acción requerida**, proponemos tres variantes, con base en: a) si se trata de una acción sencilla o no especializada, es decir, no implica habilidades técnicas, b) una acción especializada que implica habilidades técnicas y, c) el fin de la acción -mantener la salud o el soporte de la vida diaria, o para ambos-. De esta manera, las categorías son:

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

Con respecto a la **temporalidad**, se considera la frecuencia con que se requiere la acción —sea esporádica, periódica o continua— y la duración del período en el que se requiere —corto, mediano o largo—:

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

IV. Acciones continuas por un período largo

Finalmente, la **severidad** está definida por el efecto que la magnitud de los cuidados genera en la unidad doméstica y este puede ser de adaptación (A) (es decir, se generan cambios que son tolerados por la unidad sin afectación de lo estructural) o bien, de afectación (B) (cuando la severidad altera lo estructural: el trabajo, la educación, la economía o la salud de quien requiere o quien proporciona cuidados).

La complejidad de la necesidad de cuidados está determinada por el tipo de acciones en cuidados; si son simples o requieren formas especializadas que implican un determinado conocimiento o capacitación de quien provee los cuidados; la frecuencia con que se requiere la asistencia, la distribución de las acciones de cuidados entre los posibles proveedores de los mismos o bien, como ocurre con frecuencia, cuando los cuidados están a cargo de una sola persona. Para una misma complejidad de necesidad de cuidados, la insuficiencia de recursos materiales y humanos aumenta la carga de cuidados para quien provee. Se trata entonces de una sinergia entre la magnitud y la temporalidad que causa un efecto. (Tabla 1)

Tabla 1. TIPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS						
Magnitud	Menor (m)		Intermedia (I)		Mayor (M)	
Severidad: Adaptación (A), Estructural (B)	A	B	A	B	A	B
Temporalidad						
I	m-A-I	m-B-I	I-A-I	I-B-I	M-A-I	M-B-I
II	m-A-II	m-B-II	I-A-II	I-B-II	M-A-II	M-B-II
III	m-A-III	m-B-III	I-A-III	I-B-III	M-A-III	M-B-III
IV	m-A-IV	m-B-IV	I-A-IV	I-B-IV	M-A-IV	M-B-IV

Elaboración propia

Cuando hablamos de las acciones en cuidados no nos referimos solo a acciones terapéuticas sino a los cuidados indirectos que con frecuencia implica estar a cargo de una persona en condición de dependencia, como es la provisión de alimentos, vestido y las ayudas para la resolución de elementos de la vida social. Si la condición de dependencia es permanente, y los recursos no son suficientes, la carga de cuidados aumenta comprometiendo la salud, la autonomía y la independencia también de quien cuida.

La tipología permite, por lo tanto, la creación de sistemas de vigilancia destinados a asegurar que las personas reciban y otorguen cuidados de forma proporcional favoreciendo su independencia y autonomía. Dado que esto representaría una redistribución de la carga de cuidados y ello requiere cambios estructurales, es indispensable la acción de los Estados para la formulación de las políticas públicas adecuadas en un marco de derechos.

Esto permite visibilizar también la necesidad de prevenir la condición de dependencia ampliando los cuidados a otras esferas de salud, lo que implica tanto acciones en lo individual y como en Salud Pública expresadas en los servicios de salud, en lo comunitario y en la acción intersectorial. Solo así se logrará el soporte adecuado para que la persona en condición de dependencia logre la habilitación que requiere para su vida cotidiana disminuyendo al máximo la carga para quien proporciona los cuidados. De esta manera, estaremos respetando y promoviendo el derecho al cuidado de todas las personas.

Reconocemos que los Estados en sí mismos pueden carecer de la estructura que permita generar las condiciones necesarias para satisfacer este derecho, sin embargo, está obligado a hacerlo. Dejar al mercado esta tarea solo aumentará la inequidad, pues una proporción importante de la población no podrá pagar por los servicios.

Dado el análisis expuesto y desde la propuesta del garantismo constitucional, es necesario considerar el cuidado como un elemento indispensable para la realización de otros derechos, especialmente los de salud, educación y trabajo. Este inextricable vínculo provee un inicial sustento para considerarlo como un nuevo Derecho Humano. Al analizar su naturaleza, se aprecia que está formado por necesidades y expectativas que debieran asumirse como esenciales para el género humano. Adicionalmente, al analizar las diferentes modalidades de cuidado, encontramos que existe un tipo que resulta esencial para la persona cuidada, por lo que debería considerarse intransferible, irrenunciable e indisponible, como sucede con otros derechos humanos. Este tipo de cuidado debería denominarse cuidado esencial, e incluirse en las constituciones como derecho fundamental de tipo primario. Lo más relevante, en este caso, radica en la necesidad de establecer con toda precisión las características, límites y medios de identificación, observación y medición de este cuidado

Conclusiones

Existe una diferencia entre cuidado y cuidados que es necesaria para lograr una mejor definición de las prácticas, de sus determinantes y de sus objetivos.

El cuidado tiene una dimensión ética, epistemológica y política que deben reflejarse en sus prácticas y en las condiciones en que ellas se llevan a cabo.

El cuidado tiene un vínculo inextricable con otros derechos como la salud, la educación y el trabajo, favoreciéndolos. Es necesario para la reproducción social y es un igualador de oportunidades para la vida digna. Por lo tanto, el Derecho al Cuidado debe considerarse un derecho fundamental primario, que debe incorporarse en las constituciones políticas de los países a fin de contar con medios legales para respetarse, protegerse y satisfacerse como los otros derechos. El Derecho al Cuidado constituirá una prevención profunda, un aporte fundamental para la realización del derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social en América Latina 2016 [Documento informativo]. División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2016 [Accesado el 1 julio de 2017] disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016-documento-informativo>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Repositorio de Información sobre Uso del Tiempo de América Latina y el Caribe. [Folleto electrónico] división de Asuntos de Género CEPAL; [Accesado el 1 de julio de 2017] disponible en: http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/folleto_repositorio_de_las_encuestas_de_uso_del_tiempo_de_la_cepal.pdf
3. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Sistema de Cuentas Nacionales de México, Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2013: preliminar: año base 2008 [Publicación en internet]1ª ed. México:INEGI; 2014 [Accesado el 10 abril de 2017], disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825068851.pdf
4. Fragoso PL. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas para la Cd de México. [Publicación en internet] Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas; 2016 [Accesado el 2 de julio de 2017] disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40482-quien-cuida-la-ciudad-oportunidades-propuestas-la-ciudad-mexico>
5. López AO, López-Moreno S. coords. Derecho a la Salud. 1ª ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2015.
6. Ferrajoli L. Derecho y razón. Teoría del garantismo penal. 9ª ed. Madrid: Trotta;2009.
7. Rodríguez E C, La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas. [Monografía en internet]. Buenos Aires: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas. 2005 [Accesado el 01 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2013/04/La-econom%C3%ADa-del-cuidado-un-aporte-conceptual-para-el-estudio-de-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas1>.
8. Picchio A. Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social. En: Carrasco C. ed. Mujeres y economía. 1ª ed. Barcelona: Icaria – Antrazyt; 1999. pp 438
9. Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelos de enfermería: aplicación a la práctica. 1ª ed. México:Manual Moderno; 2011

10. RED-DESC [homepage]. Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; [Accesado el 25 de abril de 2017] disponible en: <https://www.escr-net.org/es/derechos/salud>
11. Naciones Unidas/Comité de Derechos económicos, sociales y culturales. Observación General No 14 [documento en internet] Comité de Derechos económicos, sociales y culturales; 2000 [Accesado el 05 de junio de 2017] disponible en http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/stories/biblioteca/pdf/documentos-sistema-naciones-unidas/observacionesgenerales/14_salud.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos humanos [nota descriptiva] Organización mundial de la Salud; 2015 [Accesado el 10 de abril de 2017] disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
13. Organización Mundial de la Salud /Instituto para Personas Mayores. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Organización Mundial de la Salud/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001 [Accesado el 03 de marzo de 2017] disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud; 2015 [Accesado el 10 de abril de 2017]
15. Warnock M. Guía ética para personas inteligentes. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica. 2002
16. Sen A. Development as Freedom. 1a ed. Nueva York: Alfred A. Knopf.; 1999
17. Serrano S, ed. Los de derechos en acción: obligaciones y principios de los derechos humanos/ Sandra Serrano y Daniel Vázquez. 1ª ed. México: FLACSO México; 2013