



## Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana?

*Treball precari, treball de cures i les seves expressions en salut pública: quant i com protegeix l'assistència social llatinoamericana?*

*Precarious work, care work and their expressions in public health: how much and how does Latin American social assistance protect?*

Micaela Aguirre<sup>1</sup>

### Resumen

El artículo constituye una presentación parcial de la tesis de la Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Dos interrogantes centrales organizan el documento: 1. ¿Cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud / enfermedad / atención / cuidado? 2. ¿Cómo inciden en esta relación las políticas de transferencia condicionada en Argentina y Colombia? Para responderlos, se presentan, por un lado, los resultados de un ejercicio de indagación documental que registró producciones a nivel global con un énfasis especial latinoamericano durante los últimos diez años. Por otro, se da cuenta de hallazgos y análisis surgidos de veinte entrevistas en profundidad a titulares de las políticas de interés realizadas en Argentina y Colombia durante el año 2023. De esa manera, el ejercicio permite explicitar las relaciones entre las transformaciones y la precarización del mundo laboral y la división sexual del trabajo con padecimientos particulares de salud mental, aumentos de accidentes laborales y lesiones específicas ocupacionales. Asimismo, se comprende cómo estas políticas de transferencia condicionada se configuran como potenciales recursos protectores o de agudización de los padecimientos específicos asociados a la precariedad laboral y la división sexual del trabajo en ambos países. Como conclusión, se plantea que los mecanismos de protección contemplados en este tipo de políticas asistenciales resultan insuficientes para reducir los niveles de vulnerabilidad y sufrimiento humano asociados a la incertidumbre y precariedad que origina el mundo del trabajo actual.

**Palabras clave:** trabajo, salud pública, transferencias condicionadas, asistencia social.

### Resum

L'article constitueix una presentació parcial de la tesi de la Mestria en Salut Pública, Universidad Nacional de Colombia. Dues interrogants centrals organitzen el document: 1. Com s'expressa la relació entre el treball i la protecció social i els processos de distribució i producció de fenòmens de salut / malaltia / atenció / cura? 2. Com incideixen en aquesta relació les polítiques de transferència condicionada a Argentina i Colòmbia? Per a respondre'ls, es presenten, per una banda, els resultats d'un exercici d'indagació documental que va registrar produccions a nivell global amb un èmfasi especial llatinoamericà durant els últims deu anys. Per altre, es dona compte de les troballes i anàlisis sorgits de vint entrevistes en profunditat a titulars de les polítiques d'interès realitzades a Argentina i Colòmbia durant l'any 2023. D'aquesta manera, l'exercici permet explicitar les relacions entre les transformacions i la precarització del món laboral i la divisió sexual del treball amb patiments particulars de salut mental, augments d'accidents laborals i lesions específiques ocupacionals. Així mateix, es comprèn com aquestes polítiques de transferència condicionada es configuren com potencials recursos protectors o d'agudització dels patiments específics associats a la precarietat laboral i la divisió sexual del treball en ambdós països. Com a conclusió, es planteja que els mecanismes de protecció contemplats en aquest tipus de polítiques assistencials resulten insuficients per a reduir els nivells de vulnerabilitat i patiment humà associats a la incertesa i precarietat que origina el món del treball actual.

**Paraules clau:** treball, salut pública, transferències condicionades, assistència social.

### Abstract

The article constitutes a partial presentation of the thesis of the Master's Degree in Public Health at the National University of Colombia. Two central questions organize the document: 1. How is the relationship between work and social protection and the processes of distribution and production of health / illness / attention / care phenomena expressed? 2. How do conditional transfer policies in Argentina and Colombia affect this relationship? To answer them, on the one hand, the results of a documentary research exercise that recorded productions at a global level with a special Latin American emphasis during the last ten years are presented. On the other hand, it reports findings and analyses arising from twenty in-depth interviews with holders of the policies of interest carried out in Argentina and Colombia during the year 2023. In this way, the exercise makes it possible to explain the relationships between the transformations and the precariousness of the world of work and the sexual division of labor with particular mental health conditions, increases in work accidents, and specific occupational injuries. Likewise, it is understood how these conditional transfer policies are configured as potential protective resources or exacerbations of the specific sufferings associated with job insecurity and the sexual division of labor in both countries. In conclusion, it is proposed that the protection mechanisms contemplated in this type of assistance policies are insufficient to reduce the levels of vulnerability and human suffering associated with the uncertainty and precariousness that originates in the current world of work.

**Keywords:** work, public health, conditional transfers, social assistance.

Aguirre, M. (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana? *Itinerarios de Trabajo Social*, 4, 61-71. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43748>

ACEPTADO: 10/11/2023  
PUBLICADO: 22/01/2024

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Colombia.  
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

✉ [miaguirre@unal.edu.co](mailto:miaguirre@unal.edu.co)

## 1. Introducción.

El artículo se propone como una presentación parcial de la tesis elaborada en la Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Esta investigación se vio motivada por el horizonte de desentrañar y detallar la relación entre asistencia social y salud pública en la región latinoamericana. A esos fines, se pusieron en diálogo dos políticas sociales de Argentina y Colombia que se analizaron desde una categoría central: la cuestión social. De esa manera, la investigación se guió por el objetivo de comprender las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (Colombia) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (Argentina) durante el período 2000-2021.

Dentro de la categoría de cuestión social se comprendió que operaban tres fenómenos sociales centrales: la desigualdad, el trabajo y la pobreza. En este documento se recuperarán los hallazgos que, guiados por ese objetivo investigativo, se concentraron en la segunda dimensión constitutiva de la cuestión social; el trabajo.<sup>1</sup>

En ese sentido, dos interrogantes centrales organizan el documento: 1. ¿Cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud / enfermedad / atención / cuidado? 2. ¿Cómo inciden en esta relación las políticas de transferencia condicionada en Argentina y Colombia?

## 2. Precisiones teóricas.

A los fines de explicitar las elecciones teóricas que guiaron el proceso de investigación, el punto de partida lo constituye una conceptualización de la noción de salud pública. A esos fines, se parte de reconocer que en este campo es factible identificar corrientes de pensamiento en disputa que, desde posiciones ontológicas, epistemológicas y praxeológicas específicas, definen a la salud pública e intervienen sobre ella de manera diferencial. En ese sentido, dentro de los límites de esta investigación, se recuperará la noción de determinantes sociales de la salud para explicitar la relación entre los procesos sociales tales como el trabajo, la pobreza y las inequidades con los procesos de salud-enfermedad. Se asume, entonces, “que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera una exposición y vulnerabilidad diferenciales que explican la distribución de las inequidades en salud” (Morales Borrero et al., 2013, p. 800).

Asimismo, la incorporación de perspectivas de género en el campo de la salud pública ha permitido ampliar esta delimitación conceptual incorporando la noción de cuidado (Pautassi, 2016). Al respecto, Domínguez Mon (2017) plantea que, desde fines del Siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud pública fue necesario incorporar esta categoría como eje fundamental en la atención de malestares y en la construcción de salud. Incorporar la categoría de cuidado dentro del campo de la salud pública implica, entonces, ampliar la mirada hacia los procesos y prácticas de protección, atención, rehabilitación, que se originan en

la domesticidad y se sostienen, principalmente, en trabajo feminizado no remunerado (Mendes Diz et al., 2011). Teniendo en cuenta estos aportes, a los fines de este artículo, se entenderá a la salud pública como el campo de conocimiento e intervención sobre la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones. Estos fenómenos incluyen tanto la atención, disminución y rehabilitación de dolencias, discapacidades, lesiones o malestares como la organización de esfuerzos orientados a la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Asimismo, se asume que el proceso de producción y distribución de estos fenómenos es un proceso social y se encuentra determinado por las formas de organización política, económica y cultural de la comunidad.

La segunda categoría central para el proceso de investigación es la de cuestión social, comprendida como una contradicción inherente a las sociedades capitalistas contemporáneas (Castel, 1997) que radica en la contrariedad entre la afirmación de la igualdad de todos los individuos y las inequidades producidas por el mercado y sus lógicas de competencia. De esa manera, la cuestión social se configura como el punto de partida de las intervenciones sociales del Estado, en tanto, sin política social que regule, atenúe o discipline esta contradicción, el capitalismo moderno resulta insostenible (Dubet, 2017).

Asimismo, se asume que la cuestión social se expresa en tres dimensiones constitutivas: la desigualdad, el trabajo y la protección social y la pobreza. A continuación, se profundizará en aquellos aportes conceptuales que permiten abordar la segunda de estas dimensiones: el fenómeno del trabajo y la protección social.

Una primera clave analítica proviene del reconocimiento del trabajo asalariado como el mecanismo tradicionalmente legítimo que organiza y distribuye de manera diferencial las posibilidades de acceso al sistema de protección social (Mora, 2021). El principio contributivo como nexo fundamental entre trabajo y protección permeó, integralmente, a la política social contemporánea: el trabajo se define no sólo como el medio antagónico a la propiedad para reproducir la vida, sino también para hacer frente a las necesidades de protección en situaciones de enfermedad, discapacidad, vejez, entre otras (Topalov, 2004).

Ahora bien, en escenarios de creciente desigualdad y precarización del mundo del trabajo, el principio contributivo como puerta de acceso a la protección social deja por fuera a grandes poblaciones que no logran vincularse al trabajo de manera formal y, por lo tanto, no se configura como garantía de redistribución de la riqueza. Por el contrario, se asume que la política social sostenida en principios trabajocéntricos, se transforma en un mecanismo de reproducción de las desigualdades, al tiempo que fenómenos como el desempleo, el subempleo y la informalidad decantan en una permanente inseguridad e incertidumbre para la vida de las poblaciones (Víte, 2007). Se incorpora así la categoría de Ibarra (2014) de desprotección social para señalar cómo la erosión y precarización de las relaciones salariales en vinculación con sistemas de seguridad social contributivos consolida, en nuestros tiempos, la vulnerabilidad social y, en síntesis, el sufrimiento humano.

En segundo lugar, se recuperan, también, los aportes de Aquín et al. (2014), quienes analizan el mundo del trabajo en una doble expresión. Por un lado, reconocen el conjunto de formas, condiciones y características de los procesos de realización de las capacidades productoras y reproductoras de ingresos del sector de la población que, al no contar con recursos de capital, depende exclusivamente de la venta y explotación de su mano de obra. Por otro lado, reconocen también como trabajo el conjunto de tareas de cuidado intra y extrahogareño, no remunerado, que garantizan el sostenimiento de la vida y que se realizan, en su mayoría, de manera feminizada y en el ámbito de la domesticidad. En acuerdo con las autoras, en este documento se considerará el cuidado realizado en la domesticidad como parte del mundo del trabajo. Por último, una vez presentadas las categorías de cuestión social y una de sus dimensiones constitutivas, el trabajo, corresponde dar cuenta del modelo de políticas de transferencias condicionadas (en adelante, PTC), en tanto uno de los dispositivos centrales en el siglo XXI en América Latina y el Caribe mediante el cual se interpreta e interviene sobre la cuestión social. Los programas Familias en Acción (Colombia) (en adelante, FeA) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (Argentina) (en adelante, AUH), objetos de estudio de esta investigación, se ubican dentro de este modelo.

Siguiendo a Cecchini (2014), las PTC conjugan tres elementos específicos en su configuración e implementación, lo que les otorga su especificidad. Por un lado, la transferencia de ingresos monetarios, luego, su condicionamiento en vinculación al uso de ciertos servicios sociales, usualmente sectoriales en salud y educación, y, finalmente, la focalización, priorizando hogares pobres y “extremadamente pobres” (p. 51). A estas dimensiones se pueden incorporar, también, dos elementos más que Rodríguez Enríquez (2011) enuncia como característicos: la prioridad en la focalización a los hogares conformados por niños/as y adolescentes y la preferencia por otorgar la titularidad de la prestación a las mujeres adultas madres.

Este modelo de política social ha despertado en la academia importantes discusiones teórico-políticas. Sus fundamentos radican en el enfoque del manejo social del riesgo, coherentes con la teoría neoclásica económica, que ha brindado los fundamentos para la expansión de este tipo de políticas públicas en la región. Frente a este, se han erigido numerosas críticas provenientes desde el enfoque de derechos, la economía feminista, las teorías del cuidado, entre otras, que disputan las nociones de pobreza, familia y cuidados que este modelo asistencial reproduce<sup>2</sup>. Algunas de estas discusiones se recuperarán como aportes para el trabajo analítico que sigue.

## 3. Precisiones metodológicas.

Las construcciones presentadas en este artículo se guiaron por un abordaje metodológico diseñado en dos momentos. Inicialmente, se llevó a cabo un ejercicio de indagación documental sobre producciones que abordarán de manera conjunta el campo de la salud pública y las categorías definidas como constitutivas de la cuestión social. Se priorizaron aquellos materiales elaborados en Latinoamérica en los últimos diez años.

Los materiales utilizados se obtuvieron a través de la búsqueda sistemática en cuatro portales: Dialnet, Google Académico, Scielo y Jstor durante el período marzo-septiembre del año 2022. Esto permitió acercarse al campo de interés desde dos grandes enfoques: las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Se trabajó con 75 artículos en total, material que fue analizado a partir del método de análisis de contenido cualitativo temático.

Por otro lado, se llevó a cabo un trabajo de campo en las ciudades de Córdoba (Argentina) y Bogotá (Colombia), durante los meses de mayo y junio del año 2023. Se realizaron 20 entrevistas en profundidad, utilizando el criterio de saturación teórica para el cierre de la muestra. Para la construcción de la muestra se priorizaron mujeres mayores de edad, titulares de las PTC de interés. Se evitó, intencionalmente, que, dentro de las unidades familiares, se percibieran otras transferencias estatales tales como pensiones, retiros y/o jubilaciones. A los fines de garantizar los resguardos éticos pertinentes, se empleó una guía de consentimiento informado. Esto permitió clarificar y explicitar la voluntariedad de la participación, las temáticas a trabajar, las modalidades de registro y los derechos de los/as entrevistados en el marco de la investigación.

Las entrevistas en profundidad realizadas a los sujetos elegidos como informantes claves permitieron un acercamiento fecundo al objeto de investigación. Para el análisis de la información obtenida, se utilizó el método de comparación constante. En este sentido, se partió de una serie de categorías teóricas iniciales sobre las que se realizó un ejercicio de comparación, integración y delimitación analítica. Esto habilitó el reconocimiento de similitudes, diferencias y regularidades en los datos que permitieron la emergencia de nuevas subcategorías para la comprensión del objeto de estudio.

## 4. Trabajo y procesos de salud / enfermedad / atención / cuidado.

En este apartado se dará respuesta al primer interrogante: ¿cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud / enfermedad / atención / cuidado? Para eso, se presentan los resultados de un ejercicio de indagación documental que registró producciones a nivel global con un énfasis especial latinoamericano durante los últimos diez años.

Siguiendo a Torres Tovar (2020), se parte de reconocer que, a nivel global desde la década de 1970, el mundo del trabajo ha sufrido una transformación estructural guiada por la implementación de políticas neoliberales, que tuvo y tiene un impacto tanto en las condiciones y características de las relaciones salariales como en las situaciones de salud y vida de los/as trabajadores. Nuevas expresiones de la cuestión social vinculadas al mundo del trabajo, como las dinámicas de desempleo y subempleo; los contratos temporales mediante la subcontratación y venta de servicios; la deslocalización de la producción y la flexibilización de las relaciones laborales (Giraldo, 2018), exponen a los sectores del trabajo a nuevos malestares y deterioros en su salud. En este sentido, Torres Tovar (2020) reconoce que las transformaciones sanitarias pueden vincularse tanto a la ma-

<sup>1</sup> Hallazgos en torno a las demás categorías constitutivas de la cuestión social fueron presentados en otros productos. Se puede revisar Aguirre (2022).

<sup>2</sup> Esta discusión no se abordará en el documento por cuestiones de extensión y pertinencia. Si se desea profundizar, se sugiere revisar Dallorso (2013; 2014), Cena (2016), Garcés (2017), entre otras.

por precarización del trabajo, que aumenta la nocividad de las condiciones laborales, como a la falta de empleo seguro, que decanta en protección social precaria e intermitente para los/as trabajadores y, también, a las limitaciones en las posibilidades organizativas y sindicales de los/as trabajadores. Estas transformaciones se expresan en el incremento de la accidentalidad, enfermedad y muerte laboral, así como también en la precarización de la vida de los/as trabajadores y sus grupos familiares y en la negación sistemática de la relación salud y condiciones laborales (Torres Tovar, 2020).

De esa manera, el autor sostiene que la afectación de la salud y la vida por el trabajo constituye un problema global de salud pública al que caracteriza como *pandemia oculta* por su magnitud, aumento y sistematicidad (Torres Tovar, 2020). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 2012 ocurrieron 2,34 millones de muertes vinculadas con el trabajo, cifra que se incrementó hacia el 2017 hasta 2,78 millones de muertes anuales por esta causa. En relación con los padecimientos no mortales, la OIT sostiene que cada año ocurren 160 millones de enfermedades profesionales y 374 millones de accidentes en el trabajo, lo que significa un aumento de 57 millones de accidentes laborales entre el 2012 y 2017 (ILO, 2017).

Una clave analítica central refiere a la vinculación entre empleo, desprotección social y salud mental de los/as trabajadores/as. Autores como Han (2012) y Ortiz Viveros et al. (2015) plantean que ciertas dinámicas económicas específicas de la globalización y el neoliberalismo en el mundo del trabajo como las exigencias de superrendimiento, la supercomunicación, las demandas de hiperproducción y el desmantelamiento progresivo de los dispositivos de protección social se traducen en agotamiento, fatiga y asfixia en las corporalidades de los/as trabajadores/as. De esa manera, malestares como la depresión, el síndrome de desgaste ocupacional, *burn out*, la ansiedad, el estrés, entre otros, configuran el panorama patológico de comienzos de este siglo para la clase trabajadora (Amable, 2009; Amable et al., 2001; Han, 2012).

Asimismo, la inseguridad laboral, en tanto la percepción de la posibilidad de perder el empleo, y su consecuente inseguridad económica (Sora et al., 2014) han sido abordadas en estrecha relación con el padecimiento del estrés. Las autoras recuperan una serie de estudios que les permiten asociar la sensación de un posible desempleo con la pérdida de seguridad y confianza en términos individuales, la insatisfacción con el propio proyecto de vida y la dificultad para la organización económica del tiempo cotidiano. Un aporte interesante que hacen las autoras a la discusión es el reconocimiento de la inseguridad e incertidumbre como un proceso que trasciende las percepciones y los padecimientos colectivos y que, en contextos de crisis, logra configurarse como un constructo colectivo, que trasciende a las organizaciones laborales y, también, familiares.

Espino Granado (2014) presenta esta relación con claridad: el trabajo precario, sin derechos de protección social, genera una doble expresión del estrés. Por un lado, vinculada al miedo al presente, a la incertidumbre de la resolución cotidiana de necesidades, y, por el otro, la ansi-

edad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. De esa manera, el autor logra vincular el fenómeno del empleo precario con padecimientos crecientes de nerviosismo, ansiedad, depresión, así como también con debilitamiento de las relaciones sociales con amigos/as y pares. Además, reconoce la asociación entre la precariedad y algunos malestares físicos como enfermedades crónicas, incidentes cardiovasculares, entre otros.

Específicamente en torno al fenómeno del desempleo, los aportes de McKee Ryan et al. (2005) y Tomasina (2012), permiten conceptualizar a la pérdida del empleo como un evento en el ciclo vital que se configura como una experiencia estresante y que se asocia de manera directa con pérdida de salud mental; con padecimientos como la ansiedad, la depresión, consumo de sustancias, tendencia al suicidio y, también, con dolores y malestares físicos, principalmente en el campo de la salud cardiovascular y gastrointestinal. Este análisis es sumamente coherente con los aportes de Gili et al. (2014), quienes afirman que “la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de precariedad económica” (p. 104) e identifican al desempleo como el elemento determinante más importante para explicar los aumentos de tasas de trastornos de estados de ánimo, depresión, ansiedad y consumo de alcohol.

Asimismo, Tomasina (2012) plantea que dentro de los emergentes negativos en los procesos de salud-enfermedad de los/as trabajadores a partir de la flexibilización, desregulación y externalización del mundo del trabajo, se puede identificar un aumento considerable de los accidentes laborales. La autora sostiene que, a pesar de no tratarse de una nueva patología ocupacional, se puede observar un claro aumento de estos en aquellos sectores donde el modelo productivo con base en una relación salarial precaria se ha extendido con más fuerza. Estos aportes son coherentes con el análisis ofrecido por Fernández Massi (2022), quien sostiene que, con especial fuerza en América Latina, la acción complementaria de la informalidad laboral con la subcontratación decanta en un aumento de los accidentes laborales y en la disminución de espacios seguros para la vida de los/as trabajadores/as.

Por otra parte, el cuidado y las tareas de reproducción, en tanto dimensión constitutiva del mundo del trabajo (Aquín, 2014), constituyen otro elemento central para este análisis. Las desigualdades materiales y simbólicas sobre las que se asienta la distribución del cuidado en las sociedades latinoamericanas tienen una incidencia clara sobre la salud de las poblaciones. En ese sentido, Ortiz Viveros et al. (2015) muestran cómo la carga de trabajo doméstico en amas de casa afecta de manera directa su salud psicológica mediante signos de agotamiento emocional y síntomas asociados al estrés como dolores de cabeza, espalda, cuello, pérdida de apetito, etc., y dificultad en la memoria e irritabilidad. En su investigación, los/as autores identifican que, dentro de la población, más de la mitad de las mujeres involucradas presentó signos de agotamiento emocional (50,2%) y síntomas asociados al estrés (58,4%), lo que, en conjunto con la variable de carga de trabajo autopercebida, les permite correlacionar el ejercicio del trabajo doméstico con el Síndrome de Burnout, definido como “el estado final de una progresión

de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico” (p. 50).

Basile y López (2021) permiten complejizar esta relación a partir de su estudio epidemiológico en mujeres cuidadoras en República Dominicana. Los/as autores identificaron una prevalencia de las siguientes enfermedades en el trabajo doméstico: enfermedades del sistema respiratorio como gripes, influenza o asma (72,5% de la población en estudio), enfermedades del sistema osteomuscular del tejido conjuntivo como dolores musculares en espalda y huesos, artritis y trastornos articulares (80,8%), enfermedades del sistema nervioso, expresadas en migraña y dolores de cabeza crónicos (46,7%) y trastornos mentales o del comportamiento, expresados en síntomas de depresión, estrés, angustia y/o ansiedad (31,7%). Asimismo, los/as autores registran como principal causa de muerte en las trabajadoras domésticas a las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, hipertensión y accidente cerebro vascular.

De esa manera, es posible concluir este apartado afirmando que el mundo del trabajo y la desprotección social se vincula de manera contundente con los procesos de salud / enfermedad / atención / cuidado de las poblaciones. Esta relación, asimismo, ha sido estudiada tanto en torno al trabajo productivo, donde se destaca su relación con la accidentalidad laboral, las lesiones por esfuerzo repetitivo, los padecimientos cardiovasculares y gastrointestinales y la salud mental, así como también con el trabajo reproductivo, principalmente en vinculación con enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades del sistema nervioso, trastornos mentales o del comportamiento y enfermedades crónicas no transmisibles.

### 5. Políticas de transferencias condicionadas, trabajo y protección social.

Una vez fundamentada la relación contundente entre el trabajo y los procesos de salud / enfermedad / atención / cuidado, en este apartado se dará cuenta del segundo interrogante planteado: ¿cómo inciden en esta relación las políticas de transferencia condicionada en Argentina y Colombia? Para eso, en las próximas páginas se presenta un trabajo analítico construido a partir de los datos recolectados en el trabajo de campo. Este se realizó en las ciudades de Córdoba (Argentina) y Bogotá (Colombia), durante los meses de mayo y junio del año 2023. Se llevaron a cabo 20 entrevistas en profundidad, utilizando el criterio de saturación teórica para el cierre de la muestra y el método de comparación constante para el ejercicio de análisis.

Inicialmente, en el plano del trabajo productivo y remunerado, se identifica una trayectoria en común en las familias de ambos países caracterizada por la informalidad laboral. En los dos casos, el fenómeno de un trabajo registrado, con salario fijo y acceso a prestaciones de seguridad social aparece como un momento de excepcionalidad en trayectorias donde lo transversal está signado por relaciones salariales precarias e informales. De esa manera, la informalidad laboral se configura como una relación social que estructura de manera determinante las posibilidades de reproducción cotidiana en esta población.

Asimismo, cabe señalar que, para el caso argentino, la falta de un empleo formal se constituye como un requisito en sí mismo para acceder a la política pública estudiada, mientras que en el programa FeA la calificación de las familias se realiza a través de un estudio de indicadores de pobreza que, por supuesto, incluyen la dimensión laboral pero no se concentran sólo en ella (Corbella y Calle Espinosa, 2017). Esta diferenciación permite comprender una primera idea emergente en el análisis: la disyuntiva que estas políticas generan, al interior de los grupos familiares, entre el trabajo formal y la protección asistencial.

En el caso argentino, la disyuntiva es precisa: en el momento en que algún miembro de la familia comienza a trabajar de manera formal la protección proveniente de la AUH se suspende de manera automática. Es así cómo se identifican dinámicas en las que el varón adulto, usualmente el padre de los/as niños/as protegidos por la PTC, se vincula de manera formal a un espacio laboral y el grupo familiar deja de percibir ese recurso por el tiempo que la relación salarial dure. En mayor detalle, la mujer cuidadora de los/as niños/as ve suspendido ese ingreso que, como también se logró valorar en el proceso investigativo, permitía ampliar sus márgenes de autonomía y toma de decisiones al interior del grupo familiar.

En ese sentido, se comprende que el funcionamiento y el diseño de AUH tienden a consolidar esa noción fundacional de la política social que opone, por un lado, la asistencia a la pobreza y, por el otro, el trabajo asalariado como su contracara (Bauman, 1998). De esa manera, en este dispositivo, asistencia y trabajo formal aparecen como fenómenos mutuamente excluyentes, aun cuando este último no es continuo ni garantiza con seguridad y continuidad la resolución de necesidades básicas al interior de los grupos familiares.

A diferencia, en el caso del programa FeA, esta disyuntiva no aparece con tanta claridad. Por el contrario, las familias refieren cierta convivencia entre períodos esporádicos de trabajo formal y la prestación asistencial, en tanto el dispositivo que, inicialmente, podría restringir el FeA se vincula al puntaje asignado en un estudio de pobreza y no tanto al tipo de relación salarial del momento, siempre y cuando esta no transforme de manera significativa las condiciones materiales de vida de las familias.

En el plano de la protección y la seguridad social, emerge una segunda idea analítica que permite explicitar diferencias significativas entre ambas PTC. Para el caso argentino, la prestación proveniente de la AUH se caracteriza por ciertos elementos como su sistematicidad, su regularidad y su posición dentro del entramado institucional de la política social nacional que la configuran como un ingreso permanente hacia el interior de los hogares. Mientras los miembros de los grupos familiares mantengan relaciones laborales en el marco de la informalidad, esta política asistencial pareciera inmutable por otros factores, ya sean internos o externos a la familia.

Al mismo tiempo, recuperando el carácter central de la informalidad laboral que configura el mundo del trabajo de estas familias presentado en los primeros párrafos, es posible comprender que, en escenarios de permanente inestabilidad laboral, imprevisibilidad de los ingresos y ausencia de otros dispositivos de seguridad social, la AUH se configura como aquel elemento que ofrece protec-

ción y la seguridad social (Espino Granada, 2014; Mora, 2021).

En contraposición, las familias receptoras de la AUH reconocen que esta prestación hace parte de sus recursos adquiridos por medio del sistema de protección social y se fundamenta en una historia laboral que ha impedido de manera sistemática su vinculación a través del principio contributivo. De esa manera, frente a la permanente inseguridad e incertidumbre para la vida que ocasiona el mundo del trabajo contemporáneo (Vite, 2007), y concentrando el análisis en la sistematicidad y certeza que esta política pública representa dentro de las organizaciones económicas familiares, la AUH se configura como un potencial recurso de protección frente a situaciones de enfermedad, crisis y/o desempleo.

Ahora bien, para analizar con mayor profundidad esa capacidad de protección (Danani y Hintze, 2011), corresponde ampliar la mirada no sólo hacia la sistematicidad y seguridad de la prestación, sino también hacia su magnitud y las posibilidades de resolución de necesidades que esta ofrece. En ese sentido, se comprende que, a pesar de que la AUH se configura como un recurso permanente y sistemático de protección al interior de las familias, los montos de dinero que esta provee resultan mínimos frente al costo de bienes sanitarios básicos que se encuentran totalmente mercantilizados, por ejemplo, el alimento, la vivienda o los medicamentos, entre otros.

De esa manera, partiendo de este análisis, si la mirada se concentra en la capacidad de acceso a bienes básicos que la AUH facilita, resulta preciso enunciar que esta garantiza niveles de protección mínimos que no reducen de manera significativa la incertidumbre generalizada frente a la inseguridad económica. En tanto esta sensación de inseguridad permanece latente, en las organizaciones familiares se vuelven cotidianas emociones como la insatisfacción personal, el cansancio crónico, la preocupación permanente frente a la posible irresolución de necesidades básicas y la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. En otras palabras, este mecanismo de protección permanece insuficiente para lograr reducir los niveles de vulnerabilidad y sufrimiento humano asociados a la incertidumbre y la desprotección social planteados anteriormente.

Para el caso de Colombia, por el contrario, no se identifica una práctica protección social sistemática, así sea en niveles mínimos, de la población. En cambio, en el marco de esta PTC, persiste la noción de la política pública como un recurso esporádico de gestión del riesgo, como una ayuda o un auxilio en casos puntuales de carencia que se caracteriza por ser ocasional y por su falta de persistencia. A diferencia de la noción de la AUH como un recurso de protección social al que se accede por derecho frente a situaciones de desempleo, en torno al FeA persiste una idea de favor, de apuesta gubernamental para familias estratégicamente elegidas por dos elementos centrales: su condición de pobreza y su predisposición para superarla. Es a partir de esta idea de apuesta que se asume, también, que las familias tienen que hacer sacrificios para disponer del recurso, ya sea al momento del acceso, por ejemplo, haciendo largas filas, pasando toda la noche a la espera de presentar su solicitud o bien, durante la percepción de la PTC, esforzándose más para estabilizar de

manera autónoma su seguridad social y económica, aceptando más trabajos en condiciones precarias y con prestaciones mínimas o, incluso, dejándole la oportunidad a otra familia que tenga aún menos protección.

A partir de estos elementos, se comprende que, a través del diseño e implementación del FeA, se consolida con mayor énfasis el manejo social del riesgo como estrategia de protección social. A través de esta, se asume que la protección social es una responsabilidad plenamente individual frente a la incertidumbre inevitable de las sociedades contemporáneas y del mercado de trabajo que es cambiante y volátil. De esa manera, FeA forma parte de esa política social mínima del modelo neosistencialista que se orienta a mitigar, de manera paliativa y precisa, ciertos efectos negativos de la pérdida de ingresos por la incapacidad personal de adaptarse a contextos críticos y asegurar la propia supervivencia.

En el caso del trabajo reproductivo, la categoría central que organiza el ejercicio analítico es la categoría de cuidado. Las tareas de cuidado incluyen desde el autocuidado hasta el cuidado directo hacia otros/as, incorporando tanto la generación de condiciones propicias para el cuidado (la compra de alimentos, el pago de servicios, el lavado de la ropa) como la gestión del cuidado (la organización de horarios, los traslados, el acceso a instituciones educativas y de salud, entre otras) (Pautassi, 2016).

A partir de esta delimitación, el trabajo analítico permite comprender tres dinámicas fundamentales que dan cuenta de la relación entre las PTC estudiadas y el trabajo reproductivo: por un lado, la familiarización y feminización de las tareas de cuidado; por el otro, la tendencia de las PTC a fortalecer esos procesos de familiarización y feminización y, por último, la percepción de diversos malestares físicos y emocionales a raíz del cuidado por parte de las mujeres receptoras de las políticas públicas. Estas dinámicas, con sus matices diferenciados en cada caso de estudio, se presentan en los próximos párrafos. En primer lugar, se identifica un elemento en común entre los dos casos de estudio: tanto para el caso argentino como para el colombiano, en las familias receptoras de las PTC, las tareas de cuidado que constituyen el trabajo reproductivo se realizan en la domesticidad y, de manera mayoritaria, son responsabilidad de las mujeres. De esa forma, resulta posible comprender lo propuesto por autoras como Mendes Diz et al. (2011), quienes afirman que la feminización de los cuidados y su reducción al ámbito doméstico responde a una lógica fundamental de la estructura patriarcal. A través de la división sexual del trabajo, por un lado, se minimiza e invisibiliza el trabajo de las mujeres hacia el interior de las viviendas y, por el otro, se le otorga un sentido vinculado a la vocación natural, la abnegación o el amor familiar.

Esto resulta claro a la hora de analizar los casos de estudios, en tanto se reconoce que, en todos los casos, tareas centrales para la reproducción de la vida como la compra de alimentos, su preparación, el cuidado de la niñez, la atención de padecimientos crónicos o agudos de salud, la limpieza del hogar, entre otros, son realizados de manera permanente por figuras femeninas. Estas son, en su mayoría, aquellas madres receptoras de las PTC, independientemente de que tengan o no una vinculación laboral fuera del hogar, y, en menor medida, algunas figu-

ras femeninas provenientes de otras generaciones de la familia (abuelas, tías o hijas).

Sin embargo, si bien esta dinámica es compartida por ambos casos de estudio, en el caso de las familias titulares de la AUH se identifica una particularidad: la presencia cotidiana de espacios de cuidado fuera del núcleo familiar primario ya sea familia extendida, instituciones estatales u organizaciones comunitarias, entre las que se destacan los centros de salud, las escuelas y los comedores territoriales. Esto resulta coherente con el planteo de Pautassi (2009), quien reconoce, en territorio argentino, la centralidad que tienen las organizaciones vecinales y barriales, denominadas por ella tercer sector, en la organización del trabajo que resuelve necesidades y garantía de cuidados, principalmente, para familias económicamente vulneradas.

Por el contrario, en el caso colombiano, la presencia comunitaria y/o estatal no se presenta con tanta regularidad. En las familias receptoras del FeA, la organización del cuidado se encuentra circunscripta con muchísima más intensidad al ámbito doméstico y a la familia tradicional como espacio natural de provisión de bienestar. Esto resulta coherente, también, con los aportes de Martínez Franzoni (2007), quien ubica a Colombia dentro de los regímenes de bienestar familiaristas, caracterizados por una presencia central de la familia nuclear tradicional en la resolución necesidades básicas para la reproducción de la vida, una división sexual del trabajo que permanece inalterada y una escasa provisión pública de servicios de cuidado.

Esta particularidad del caso colombiano se refleja, principalmente, en los testimonios que dan cuenta de discursos al interior de las familias donde se identifica que la división sexual del trabajo configura, de manera determinante, las organizaciones domésticas y los roles atribuidos a una familia tradicional nuclear. De esa manera, la noción de división sexual del trabajo (Domínguez Mon, 2017) permite comprender ese doble proceso de construcción: la figura del varón, proveedor, necesariamente productivo en el espacio público, y la figura subalterna, representada por la mujer, encargada no sólo de la concepción y la reproducción biológica de la especie, sino también, responsable de la crianza y el cuidado de niños/as y todas las personas que, al interior de la familia, lo requieran.

Como segundo elemento de análisis, a partir de los testimonios recogidos se identifica que la figura de la condicionalidad, en el marco de estas políticas públicas, constituye un dispositivo que fortalece los patrones de género en torno al trabajo reproductivo. Este fortalecimiento opera a través de mecanismos que, si bien son compartidos por ambos países, tienen sus particularidades en cuanto a la magnitud y agudeza con la que determinan la vida cotidiana.

En primer lugar, se comprende que la figura de la condicionalidad, al estar atada directamente a tareas de cuidado, fortalece los sentidos y mandatos mediante los cuales se distribuye el trabajo al interior del hogar entre varones y mujeres. En tanto a partir de las PTC, las mujeres reciben un recurso a cambio de la escolaridad y la atención sanitaria de los/as niños/as, se consolida la idea de que garantizar estas prácticas es una responsabilidad

femenina y habilita la exclusión de los cuidadores varones de su gestión cotidiana. De esa manera, la condicionalidad opera desdibujando la idea de responsabilidad parental compartida sobre el cuidado de las infancias y consolidando sentidos donde educación y salud constituyen una contraprestación que se les exige a las mujeres madres para poder acceder al recurso asistencial.

Este análisis resulta coherente con los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) y Pautassi et al. (2014), quienes afirman que este tipo de políticas públicas ubican a las mujeres en un rol de género preciso: el de administradoras del recurso y responsables de la contraprestación de la condicionalidad. De esa manera, las PTC transforman el mundo del trabajo reproductivo consolidando el rol asignado a las mujeres y modificando la intensidad en el uso del tiempo para las tareas de cuidado.

En el caso argentino, esta dinámica en torno a la modificación en el uso del tiempo se puede identificar con muchísima precisión. Como elemento común en los testimonios trabajados, se identifica, en el marco de la trayectoria familiar, un momento clave de ruptura: en los primeros años de vida de las infancias y antes del inicio de su vida escolar, las familias se encuentran con la necesidad de disponer de mayor tiempo para el trabajo de cuidados intradoméstico. Durante esos años, aparece una disyuntiva entre el tiempo destinado al trabajo productivo y al trabajo reproductivo que suele resolverse mediante el retiro de la mujer adulta del mercado laboral remunerado, garantizando así más disponibilidad cotidiana para el trabajo de cuidados.

Este retiro, en algunos casos, es temporal y vuelve a modificarse cuando los/as niñas inician su escolaridad y, en otros, es permanente. Sin embargo, un elemento en común que orienta esta decisión es la AUH: en tanto las mujeres cobran el recurso y son responsables de la condicionalidad, se asume que, naturalmente, sean ellas quienes dejen sus empleos para dedicarse al cuidado. Por supuesto, esta decisión también se ve afectada por las brechas de género propias del mercado de trabajo que toman estratégica la decisión de mantener al varón adulto concentrado en el trabajo productivo; sin embargo, la disposición de la AUH constituye un elemento central a partir del cual las familias dan cuenta de esa decisión. Asimismo, estos períodos de tiempo durante los cuales las mujeres se mantienen fuera de un mercado de trabajo que, como ya se señaló, se caracteriza por su informalidad, precariedad y volatilidad, se tornan obstáculos, años más tarde, a la hora de reinsertarse en tareas productivas que concilien las responsabilidades ya adjudicadas y asumidas torno al cuidado de la familia.

En el caso colombiano se identifica otra particularidad vinculada al diseño específico del FeA y sus condicionalidades. En este caso, se comprende que la política pública reproduce con fuerza este tipo de mandatos a través de mecanismos específicos de construcción de sentidos, condicionando el acceso al recurso no sólo al cumplimiento de la condicionalidad en salud y educación, sino también, a la participación en espacios de formación y aprendizaje que refuerzan ideales de una maternidad correcta.

De esa manera, los agentes o funcionarios públicos que operan como mediadores en la ejecución del FeA cum-

plen un rol fundamental en la consolidación de estos mandatos en torno a la maternidad. La figura de las “madres líderes” como ejecutoras de nivel intermedio de la política pública agudiza la configuración del trabajo reproductivo como una tarea exclusivamente femenina, que debe cumplirse con abnegación y altruismo. Esta dinámica puede comprenderse a partir de los aportes de Arcidiácono (2017), quien sostiene que la tarea de los agentes intermediarios puede facilitar u obstaculizar el acceso al recurso y su disposición al interior del hogar, en tanto se presentan como actores legítimos para valorar, de acuerdo con sus propios preceptos morales, quién y cómo merece la asistencia. De esa manera, se comprende que esta dinámica opera como un dispositivo de escrutinio público que disciplina la división doméstica del trabajo a través de la clasificación entre quién tiene derecho y quién no, quién cuida de manera adecuada y quién no, quién ejerce una maternidad merecedora y quiénes quedan por fuera.

Por último, una vez presentadas las dinámicas de familiarización y feminización de las tareas de cuidado y la tendencia de las PTC a fortalecer esos procesos, es posible ahondar en la relación entre las PTC y el trabajo reproductivo mediante el análisis de diversos malestares físicos y emocionales a raíz de las tareas de cuidado por parte de las mujeres receptoras de las políticas públicas. Tal como adelantaban tanto Ortiz Viveros et al. (2015) como Basile y López (2021), la carga de trabajo doméstico desencadena experiencias emocionales cotidianas en las mujeres responsables del cuidado de las infancias vinculadas al agotamiento, el estrés y la irritabilidad. En los casos estudiados, esas experiencias emocionales se asocian distintas características del trabajo doméstico, sobre todo, a la necesidad de conciliar horarios entre trabajo productivo y trabajo reproductivo, a la dificultad para “terminar” el trabajo de cuidados en algún momento del día y, también, en menor medida, a la sensación de dependencia de los recursos provenientes de las políticas asistenciales para la supervivencia.

Asimismo, además de la persistencia del estrés, la ansiedad y la irritabilidad que se transforman en sensaciones cotidianas asociadas a las tareas del trabajo de cuidados, se identifican, también, una serie de padecimientos físicos a raíz de actividades concretas como lavar la ropa o cocinar. Aquí resulta pertinente recordar que, sobre todo para el caso colombiano, la trayectoria laboral de las mujeres receptoras de las PTC se caracteriza por el desempeño informal, intermitente y precario en labores de cuidado remunerados fuera del hogar.

De esa manera, el trabajo doméstico para estas mujeres tiene una historia en sus procesos de salud y enfermedad y ha generado, a partir de aquellas tareas en otro momento remuneradas y hoy consolidadas al interior de sus hogares mediante las PTC, ciertos padecimientos físicos que persisten y se intensifican en la actualidad. En ese sentido, se comprende que no es posible adjudicar a las PTC la generación de estos padecimientos y dolores físicos originados en un mercado de trabajo que solo ofrece para estas mujeres empleos domésticos, pero sí resulta acertado comprender que este tipo de políticas públicas, al consolidar la responsabilidad femenina en las tareas domésticas, intensifica las experiencias de dolor y pade-

cimientos y dolores físicos originados en un mercado de trabajo que solo ofrece para estas mujeres empleos domésticos, pero sí resulta acertado comprender que este tipo de políticas públicas, al consolidar la responsabilidad femenina en las tareas domésticas, intensifica las experiencias de dolor y padecimiento físico e impide procesos de recuperación.

## 6. Conclusiones.

A lo largo del artículo se intentó dar respuesta a dos interrogantes centrales. En primer lugar, se buscó comprender cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud / enfermedad / atención / cuidado. En ese orden de ideas, es posible concluir que las transformaciones estructurales que el mundo del trabajo ha protagonizado en las últimas décadas constituye un factor central que incide de manera determinante en el campo de la salud pública. Los procesos de flexibilización, informalidad y precarización del empleo consolidan al trabajo como un factor generador de experiencias específicas de padecimiento y enfermedad, al tiempo que la reducción y erosión de los mecanismos de protección social colocan a grandes sectores de la población en situaciones de inseguridad social e incertidumbre permanente frente a la reproducción de la vida. Estas relaciones se expresan, también, en indicadores claves a nivel regional: índices de accidentalidad laboral, lesiones por esfuerzo repetitivo, padecimientos cardiovasculares y gastrointestinales e indicadores de salud mental como tasas de depresión, ansiedad, estrés, entre otros.

En el plano del trabajo reproductivo, se concluye que, particularmente en la región latinoamericana, la carga de las tareas domésticas y el trabajo de cuidados se encuentra desigualmente distribuida y se asienta sobre la división sexual del trabajo, patrón que se mantiene inalterado a pesar de la incorporación progresiva y creciente de las mujeres al mundo del trabajo. Este fenómeno decanta, consecuentemente, en padecimientos específicos de salud asociados al trabajo de cuidados, tales como enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, accidentes cerebro vasculares) y agudización de padecimientos de salud mental, como depresión, estrés, ansiedad y *burn out*.

Una vez construidas esas premisas sobre las cuales se asienta la relación entre trabajo y salud pública, se interrogó en torno a cómo inciden en esta relación las PTC en Argentina y Colombia. En ese sentido, se reconoció que la potencialidad de estas políticas como recursos de protección social frente a la permanente inseguridad e incertidumbre que ocasiona el mercado de trabajo contemporáneo se sostiene en dos elementos claves: su sistematicidad y los montos de las prestaciones. Inicialmente, se concluye que políticas sociales consolidadas dentro de los regímenes de protección social como la AUH, caracterizadas por su sostenibilidad y previsibilidad, tienen la capacidad, potencial, de poner en discusión el principio contributivo que establece al trabajo asalariado como el único medio legítimo para acceder a la protección y la seguridad social. Sin embargo, frente a

la mercantilización plena de recursos centrales para la reproducción y el cuidado de la vida como el alimento, la vivienda, entre otros, esta potencialidad se ve truncada debido a la insuficiencia de los montos transferidos.

De esa manera, en tanto las PTC no logran proteger de manera suficiente a la población, la sensación de inseguridad permanente que proviene del mercado de trabajo permanece latente y en las organizaciones familiares se vuelven cotidianas emociones como la insatisfacción personal, el cansancio crónico, la preocupación diaria frente a la posible irresolución de necesidades básicas y la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. En consecuencia, los mecanismos de protección contemplados en las PTC resultan insuficientes para reducir los niveles de vulnerabilidad y sufrimiento humano asociados a la incertidumbre y precariedad que origina el mundo del trabajo actual.

En cuanto al trabajo reproductivo, se concluye que el diseño de las PTC opera consolidando la división sexual del trabajo y la feminización en la organización social del cuidado. En este plano, la condicionalidad juega un papel clave: al atar la prestación a tareas de cuidado, se fortalecen procesos de construcción de sentidos y consolidación de mandatos de género que profundizan aún más las brechas entre hombres y mujeres. Este dispositivo opera desdibujando la idea de responsabilidad parental compartida sobre el cuidado de las infancias y asocia educación y salud como una exigencia válida para las mujeres madres.

Asimismo, al consolidar la responsabilidad femenina en la ejecución de labores domésticas, las PTC agudizan, también, ciertos padecimientos y dolores físicos que muchas de estas mujeres traen de trayectorias laborales en el empleo doméstico, lo que intensifica las experiencias de dolor y padecimiento físico e impide procesos de recuperación.

En ese sentido, el aporte específico que esta investigación contribuye al campo de los estudios del trabajo radica en la consolidación de la relación entre trabajo precario, tanto a nivel productivo como reproductivo, y padecimientos de salud. Asimismo, se aporta el reconocimiento de que el modelo de asistencia a poblaciones vulnerables por excelencia en la región latinoamericana presenta limitaciones en materia de protección que impiden la disminución de padecimientos de los/as trabajadores/as y, en ocasiones, al reforzar la división sexual del trabajo, los fortalece y consolida.

## 7. Bibliografía.

- Aguirre, M. (2022). Desigualdad, trabajo y salud pública: relaciones teóricas y determinaciones vitales. *Revista Pares – Ciencias Sociales*, 2(2), 270-299. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27188582/maa1qcrn5>
- Amable, M. (2009). *La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. Universitat Pompeu Fabra. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/12206>
- Amable, M., Benach, J., y González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184. [\[cion.eu/view\\\_document.php?tpd=2&i=1281\]\(http://cacion.eu/view\_document.php?tpd=2&i=1281\)](https://archivosdepreven-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

- Aquín, N. (Ed.) (2014). *Asignación Universal por Hijo ¿Titulares o tutelados?* Ed. Espacio.
- Arcidiácono, P. (2017). Asignación Universal por Hijo: Rupturas y continuidades en el campo de las transferencias de ingresos en Argentina. *Revista Igualdad, Autonomía personal y Derechos Sociales*, 6(12) 25-45. <http://hdl.handle.net/11336/74343>
- Arza, C. (2020). *Familias, cuidado y desigualdad. Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. CEPAL.
- Basile, G. y López, F. (2021). *Epidemiología del trabajo doméstico. Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria*. Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana. Programa Salud Internacional, FLACSO República Dominicana.
- Bauman, Z. (1998). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Editorial Gedisa. España.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós.
- Cecchini, S. (2014). Educación, Programas de Transferencias Condicionadas y protección social en América Latina y el Caribe. *Educación y políticas sociales: sinergias para la inclusión*. (pp.49-84). Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación IIPE-Unesco.
- Cena, R. (2016). Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos: hacia una problematización teórica a partir del caso latinoamericano. En A. De Sena (dir.). *Del ingreso universal a las “transferencias condicionadas”, itinerarios sinuosos*. Estudios sociológicos.
- Corbella, V y Calle Espinosa, Y. (2017). Políticas de transferencias monetarias condicionadas: caso Argentina y Colombia. *Rev. Investigación & Desarrollo*, 25(1), 135-164. <https://doi.org/10.14482/indes.25.1.10234>
- Dallorso, N. S. (2013). La teoría del capital humano en la visión del Banco Mundial sobre las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Estudios Sociológicos*, 31(91), 113-139. <http://www.jstor.org/stable/23622256>
- Dallorso, N. S. (2014). La teoría del Capital Humano y el Enfoque de Capacidades como fundamentos teóricos de las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Rethinking Development and Inequality*, 3, 43-67. <http://hdl.handle.net/11336/35189>
- Danani, C. y Hintze, S. (2011). Introducción. Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación. En C. Danani y S. Hintze (coord.). *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010* (pp. 9-29). Editorial Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- De León, A. (2021). Las pugnas de las madres comunitarias por nombrar el trabajo de cuidados. *Razón Crítica*, 11(11), 65-95. <http://doi.org/10.21789/25007807.1763>
- Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*, 13(3), 375-390. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
- Dubet, F. (2017). *Repensar la justicia social. Contra el mito*

- de la igualdad de oportunidades. Siglo XXI Editores.
- Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404 <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200010>
- Fernández Massi, M. (2022). Subcontratación y precarización del empleo: los accidentes laborales en la industria petroquímica. *Estudios sociológicos*, 40(119), 423-454. <https://doi.org/10.24201/es.2022v40n119.2128>
- Garcés, L. (2017). *Políticas sociales y condicionalidades. Un abordaje relacional de la Asignación Universal por Hijo*. Espacio Editorial.
- Gili, M., Campayo, J. G., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Giraldo, C. (2018). *Política social contemporánea. Un paradigma en crisis*. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia.
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Ibarra, D. (2014). Los rezagos de la Política Social. *Economía UNAM*, 11(33), 26-51. [https://doi.org/10.1016/S1665-952X\(14\)72180-2](https://doi.org/10.1016/S1665-952X(14)72180-2)
- International Labour Organization [ILO]. (2017). *Safety and health at work*. Geneva. ILO. <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-en/index.htm>
- Martínez Franzoni, J. (2007). *Regímenes del Bienestar en América Latina*. Cealci – Fundación Carolina.
- McKee Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. & Kinicki, A. (2005). Psychological and physical wellbeing during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology by the American Psychological Association*, 90(1), 53-76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Mora, A. (2021). Renta básica de ciudadanía: una aproximación desde las teorías de la justicia y el pleno empleo “voluntario”. *Papel Político*, 26. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.papo26.rbca>
- Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J.C., y Concha-Sánchez, S.C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.
- Mendes Diz, A., Domínguez Mon, A. y Schwarz, P. (2011). Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control. En *IX Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Ortiz Viveros, G., Martínez Pacheco, A., Ortega Herrera, E. (2015). Burnout, sobrecarga percibida y sintomatología asociada al estrés en amas de casa mexicanas. En G. Ortiz Viveros, G. e I. Stange Espínola (comp.). *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida*. (pp. 46-81). Benémérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Pautassi, L. (2009). Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina. En *Seminario Regional: Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Santiago de Chile. 29 y 30 de octubre de 2009. CEPAL.
- Pautassi, L. (2016). La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Revista Salud Colectiva*, 12(4), 621-634. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.941>
- Pautassi, L. C. (2021). A un año de la pandemia: Los cuidados en el centro y en los márgenes. *Desenvolvimento em Debate*, 9(1), 213-229. <http://dx.doi.org/10.51861/ded.dmvu.1.019>
- Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014). Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 61,75. <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1429>
- Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina? CEPAL. *Serie Mujer y desarrollo N° 109*. División de Asuntos de Género- Santiago de Chile.
- Sora, B., Caballer, A. y Peiró, J. (2014). La inseguridad laboral y sus consecuencias en un contexto de crisis económica. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 15-21 <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2317.pdf>
- Tomasina, F. (2012). Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. *Crisis financiera actual. Revista Salud Pública*, 14(1), 56-67. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34063/34196>
- Topalov, C. (2004). De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX. En C. Danani. (compiladora). *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*. (pp. 41-71). UNGS / Fundación OSDE / Editorial Altamira.
- Torres Tovar, M.H. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia: El caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia.
- Vite, M. (2007). La nueva vulnerabilidad social. *Revista Economía, Gestión y Desarrollo*, 5, 135-166.