

ASUNTOS DE GÉNERO

El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género

Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay

Karina Batthyany
Natalia Genta
Valentina Perrotta



NACIONES UNIDAS



ASUNTOS DE GÉNERO

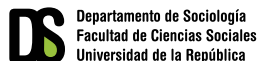
El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género

Análisis comparativo sobre
cuidado infantil y de adultos
y adultas mayores en el Uruguay

Karina Batthyany
Natalia Genta
Valentina Perrotta



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Karina Batthyany, Natalia Genta y Valentina Perrotta, consultoras de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco del proyecto “Mejorando la cuantificación del trabajo no remunerado de las mujeres para las políticas de erradicación de la pobreza” de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los insumos para esta publicación provienen de los resultados obtenidos a partir de las siguientes fuentes: (i) Proyecto «Hacia un Sistema Nacional de Cuidados: representaciones sociales de la población y propuestas para el cuidado de los dependientes» (Proyectos de Alto Impacto Social de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) de Uruguay) realizado en articulación con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y (ii) estudio realizado en el marco de un convenio con el Instituto del Adulto Mayor (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La investigación contó con el apoyo del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de la República). Esta investigación también contó con el apoyo del UNFPA.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/L.3687

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2013. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	5
I. Nociones de partida	7
A. El concepto de cuidado.....	7
B. El cuidado como derecho	8
C. El cuidado en las políticas públicas	9
D. La importancia del discurso experto.....	11
II. El discurso experto en el cuidado de dependientes	13
A. Componentes principales del cuidado de calidad.....	13
B. Distribución del cuidado en las familias.....	20
C. ¿Cuándo se recomienda la institucionalización?.....	23
D. ¿Cuáles son las características deseables de las personas que cuidan?	28
E. Claves del cuidado extra-familiar.....	33
III. Conclusiones	37
IV. Bibliografía	41

Índice de cuadros

CUADRO II.1	ENFOQUES EN EL DISCURSO EXPERTO.....	16
CUADRO II.2	SOLUCIÓN QUE DESEARÍA EL ENCUESTADO SI TUVIERA 70 AÑOS Y O MÁS Y NECESITARA CUIDADOS DIARIOS, SEGÚN SEXO EN MENORES DE 69 AÑOS MAYORES DE 70 AÑOS.....	22
CUADRO II.3	OPINION RESPECTO AL ROL DE LAS HIJAS E HIJOS EN EL CUIDADO DE SUS PADRES, SEGÚN SEXO	23
CUADRO II.4	EDAD EN QUE CREE QUE NIÑOS Y NIÑAS DEBEN ASISTIR A UN CENTRO INFANTIL, POR SEXO	24
CUADRO II.5	CUALIDADES DESEABLES EN LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y ADULTOS	33
CUADRO II.6	CARACTERÍSTICAS NECESARIAS PARA EL CUIDADO DE CALIDAD EN LOS CENTROS DE CUIDADO SEGÚN EL DISCURSO EXPERTO.....	35

Introducción

Uruguay, país caracterizado por su tradición en materia de protección social, adquiere hoy protagonismo por ser uno de los países de la región que tiene al cuidado en la agenda pública social considerándolo como un cuarto pilar del régimen del bienestar.

El diseño de un sistema de cuidados en el país se inserta en el marco de un proceso más amplio de reformas sociales iniciado en el 2005 en las que se destacan, entre otras, la reforma del sistema de salud, la reforma de la seguridad social y la reforma tributaria. La construcción de un Sistema de Cuidados se propone impactar en: la equidad en la distribución del ingreso, la equidad entre varones y mujeres, en las familias y en el mercado de trabajo así como en la promoción de procesos de cambio poblacionales.

El objetivo de esta publicación es presentar un análisis comparativo acerca del significado del cuidado de calidad de las personas dependientes (niños y niñas y personas mayores) desde la perspectiva de género y derechos a partir del discurso experto.

El estudio del discurso experto permitió reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas orientadoras de prácticas, que influyen en las representaciones sociales que las personas construyen respecto al cuidado ideal.

I. Nociones de partida

A. El concepto de cuidado

La noción de cuidado se ha vuelto clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género, sobre las políticas de protección y el bienestar social. Se trata de un concepto sobre el que existen varias definiciones y está aún lejos de ser una noción de consenso.

Los debates académicos sobre su contenido se remontan a la década de 1970, en los países anglosajones, impulsados por las corrientes feministas en el campo de las ciencias sociales. Podemos decir, sin pretensión de ofrecer una definición exhaustiva, que el cuidado designa a la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, del cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y, también, de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada (Batthyány, 2004).

La especificidad del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea en el contexto familiar o por fuera de ella. En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y percibido frecuentemente como desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional. No es solamente una obligación jurídica establecida por ley (obligación de prestar asistencia o ayuda) o una obligación económica, sino que involucra también el aspecto vincular o emocional, el que es percibido como una obligación moral.

Fuera del entorno familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de atención y preocupación por los otros. El trabajo se realiza cara a cara entre dos personas y genera lazos de proximidad, en una situación de dependencia, pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento. De todas formas, lo que unifica la noción de cuidado es que se trata, hasta hoy, de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales.

Parte importante del problema de brindar bienestar y protección social de calidad a los integrantes de una sociedad radica en una adecuada distribución de esas responsabilidades entre sus distintos miembros. La solución de este problema de distribución del cuidado ha asumido distintas formas en función del momento

histórico, social, cultural y económico. Si bien estos factores han determinado que en la distribución de la responsabilidad social del cuidado hayan tenido participación distintos actores sociales como el Estado, el mercado, las familias o formas comunitarias, parte significativa de esta carga ha recaído y recae en las familias, lo que equivale a decir, en la mayoría de los casos, en las mujeres de las familias.

La cuestión del cuidado irrumpe como aspecto central del sistema de bienestar con la incorporación generalizada de las mujeres al mercado de trabajo y con el reconocimiento de sus derechos de ciudadanía. Hoy, en el mundo occidental, el trabajo remunerado de las mujeres constituye una nueva regularidad social y pone en jaque a la forma en que tradicionalmente se ha resuelto la provisión de bienestar basada en el cuidado familiar.

Los cuidados a las personas se han resuelto históricamente en el seno de las familias, pero las necesidades de cuidado no son las mismas ni tampoco las personas que pueden responder a ellas. Esto tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo. Los cambios en la fecundidad, los procesos de envejecimiento de la población y las migraciones impactan en el tamaño de los hogares, en las estructuras familiares, en la composición de los hogares, en las relaciones entre sus miembros y en el bienestar de las familias.

Las mujeres tienen actualmente mayor autonomía económica, pero enfrentan grandes problemas para articular los tiempos de trabajo remunerado y los tiempos que requieren los cuidados, debido a la disparidad en la dedicación de madres y padres y a la insuficiencia de políticas que atiendan al cuidado. Para el caso de Uruguay, la Encuesta de Uso del Tiempo ha demostrado ser una herramienta fundamental para conocer y entender las desigualdades de género y la reproducción de roles, a través de datos que muestran la inequitativa distribución en el tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado, así como la disponibilidad de tiempo de mujeres y varones para otras actividades cotidianas. Se ha demostrado que la jornada de trabajo total de las mujeres dedicada a labores remuneradas y no remuneradas es mayor que la de los varones y que éstos tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades domésticas y de cuidado. Respecto al cuidado, se comprueba que las mujeres destinan en promedio más del doble de tiempo semanal que los varones al cuidado de niños y otros miembros del hogar. El trabajo de cuidado se incrementa con la presencia en el hogar de niños y niñas en edad preescolar, mientras que el de los varones tiende a permanecer estable.

En resumen, la preocupación por el cuidado de las personas se ha trasladado del ámbito académico feminista al ámbito público fundamentalmente debido a la urgencia que implica el déficit de cuidado actual, producto de la conjunción del aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, sumado a un incremento de las demandas de cuidado y a una inflexible división sexual del trabajo.

B. El cuidado como derecho

Una dimensión importante a considerar es la del cuidado como derecho, dimensión aún poco explorada a nivel de la investigación y la producción de conocimientos en la mayoría de los países. El debate en torno a cómo incorporar la complejidad del cuidado en una lógica de derechos se relaciona con la igualdad de oportunidades, de trato y de trayectorias en el marco de un contexto de ampliación de los derechos de las personas que conduce a un nuevo concepto de ciudadanía.

El Estado se enfrenta al desafío de asumir un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, consistente en reconocer al cuidado como derecho universal, de forma que, los tres pilares clásicos del bienestar vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, están siendo complementados con el denominado “cuarto pilar”, que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Montaño, 2010), no ya de forma residual (como excepción cuando no hay familia que pueda asumirlo) sino como obligación del Estado.

El derecho al cuidado, en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía, es entendido desde la doble circunstancia de personas que requieren y que brindan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados.

Esto implica una nueva concepción de la relación entre individuo, familia y Estado basada en la responsabilidad social del cuidado de las personas. Esta consideración quizás incipiente en nuestra región tiene ya un largo recorrido en los Estados de bienestar europeos.

Este derecho reconocido e incluido en pactos y tratados internacionales, aún está en “construcción” desde el punto de vista de su exigibilidad y tiene algunas implicancias que es importante reconocer. En primer lugar, el derecho al cuidado implica recibir los cuidados necesarios en distintas circunstancias y momentos del ciclo vital, evitando que la satisfacción de esa necesidad se determine por la lógica del mercado, la disponibilidad de ingresos, la presencia de redes vinculares o lazos afectivos.

En segundo lugar, y esta es quizás la faceta menos estudiada, el derecho de elegir si se desea o no cuidar en el marco del cuidado familiar no remunerado; se trata de no tomar este aspecto como una obligación sin posibilidad de elección. Refiere, por tanto a la posibilidad de elegir otras alternativas de cuidado que no sean necesariamente y de manera exclusiva el cuidado familiar no remunerado. Esto no significa desconocer las obligaciones de cuidado incluidas en leyes civiles y tratados internacionales, sino encontrar mecanismos para compartir esas obligaciones. Este punto es particularmente sensible para las mujeres que, como se mencionó, son quienes cultural y socialmente están asignadas a esta tarea.

Finalmente, el derecho a condiciones laborales dignas en el sector de cuidados, en el marco de una valorización social y económica de la tarea.

Como plantea Pautassi, (2010) si bien para algunos actores sociales y políticos el cuidado es simplemente una prestación dirigida a las mujeres que buscan trabajar, bajo la falacia de que se debe “apoyar a las mujeres” que necesiten o quieran trabajar, desde la perspectiva de derechos, el cuidado es un derecho de todos y todas y debe garantizarse por medio de arreglos institucionales y presupuestarios, ser normado y obtener apoyo estatal. No es, por tanto, un beneficio para las mujeres y sí un derecho de quienes lo requieren.

Desde la perspectiva normativa de la protección social propuesta por la CEPAL (CEPAL, 2006), el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la comunidad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado. Este es precisamente uno de los grandes desafíos en torno al cuidado: avanzar hacia su reconocimiento e inclusión positiva en las políticas públicas.

C. El cuidado en las políticas públicas

Desde el enfoque de derechos, se cuestiona el papel del Estado como subsidiario, destinado a compensar las prestaciones que no se obtienen en el mercado de trabajo, y se favorece el papel del Estado como garante de derechos. Si el Estado actúa como subsidiario, atiende las demandas de algunas mujeres —frecuentemente, las menos favorecidas— subsidiando, por lo general, servicios de mala calidad o redes comunitarias que aprovechan los saberes “naturales” de las mujeres. Si bien estos servicios alivian las necesidades de las mujeres, también refuerzan la división sexual del trabajo en lugar de cuestionarla.

El estudio de los regímenes de bienestar tiene en cuenta la distribución del cuidado de dependientes entre el Estado, las familias, el mercado y la comunidad, en cuanto al trabajo, la responsabilidad y el costo. Supone analizar empíricamente los servicios, las transferencias de dinero, de bienes y de tiempo proporcionados por las distintas esferas y la distribución de la provisión entre ellas. En este marco, es importante desagregar las funciones que realizan las familias para poder ver con mayor claridad cuáles son y cómo es posible “desfamiliarizarlas” y ver qué implicancias tienen para las relaciones de género.

Al respecto, en el texto “El futuro del cuidado” (2008), Aguirre retoma los planteos de las analistas feministas sobre los regímenes de bienestar presentando dos escenarios opuestos: “familista” y “desfamiliarizador”.

En el régimen “familista”, la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. El trabajo de cuidado es no remunerado y la unidad que recibe los beneficios es la familia. Es el más extendido en América Latina y los países mediterráneos. Los supuestos de este régimen son la centralidad de la institución del matrimonio legal y una rígida y tradicional división sexual del trabajo.

En el régimen “desfamiliarizador”, hay una derivación hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. El trabajo de cuidado es remunerado, siendo la unidad que recibe los beneficios el individuo.

Un escenario posible para la equidad social y de género es que se desarrollen políticas de corresponsabilidad familias-Estado-mercado, de forma tal de favorecer la ampliación del ejercicio de derechos sociales, económicos y políticos de las mujeres. De esta forma, no se trataría de un problema individual y privado al que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, sino de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y, por ende, social. Reducirlo a una dimensión individual deja a las mujeres expuestas a negociaciones individuales y desventajosas.

Es interesante la reflexión que Tobio (2010) realiza en torno a las formas y los efectos de las políticas del cuidado. La autora nos recuerda que gradualmente, el Estado va asumiendo tareas de reproducción social que las familias, por distintas razones, ya no pueden abordar, sea por el tipo de conocimientos que requieren o por que la disponibilidad es ahora menor. Aquí están incluidas muchas de las actividades relacionadas con el cuidado de las personas, además de las actividades vinculadas a las áreas educativas y de salud.

Cabe recordar que las políticas públicas son el resultado del “conjunto de procesos mediante los cuales las demandas sociales se transforman en opciones políticas y en tema de decisión de las autoridades públicas” (Guzmán y Salazar, 1992), por lo que no pueden ser consideradas como simples actos administrativos del poder central, sino como productos sociales procedentes de un contexto cultural y económico determinado, insertos en una estructura de poder y en un proyecto político concreto.

Si bien los grupos y clases sociales pueden identificar los problemas que los aquejan y las posibles soluciones, ello no es suficiente para que sean considerados objeto de acción estatal. Se requiere de un extenso y complejo proceso, franqueado por las concepciones y valores dominantes sobre la temática en cuestión, marcado por las tensiones entre múltiples actores con prioridades e intereses diferentes y muchas veces divergentes, y en el que interactúan los escenarios local, regional e internacional, incluyendo la actuación de los organismos internacionales y los instrumentos y mecanismos normativos y técnicos por ellos promocionados.

Ni el Estado ni las políticas son neutrales, sino que reflejan y reproducen valores, normas y sesgos vigentes en la sociedad en la que están inmersos, incluyendo las percepciones acerca de lo femenino y lo masculino.

La incorporación de la temática del cuidado a la agenda pública en Uruguay es un ejemplo paradigmático de los procesos por los cuales las demandas sociales se transforman en opciones políticas. Es producto del impulso de varios actores, entre los que se destacan particularmente la academia, las organizaciones de mujeres, INMUJERES y la cooperación internacional.

Un logro indudable es que el tema de los cuidados haya ingresado en las agendas públicas e institucionales. Para dar este paso tuvo que ser considerado como un tema de interés colectivo cuya solución beneficia al conjunto de la sociedad y dejar de ser un tema privado para ser un tema público.

D. La importancia del discurso experto

En la configuración del régimen de distribución de los cuidados son relevantes los servicios públicos y privados disponibles, la calidad y precio de los mismos, la población disponible para brindar cuidados, así como también las valoraciones sobre lo que se considera socialmente legítimo en cuanto a quién, cómo y dónde proporcionar los cuidados.

Partiendo de la gran influencia que tiene el saber experto sobre las modalidades del cuidado (quién, cómo y dónde debe ser realizado) en las representaciones y decisiones de los individuos, las familias, así como en las de la política pública, el discurso experto resulta de mucho interés para el estudio sociológico y particularmente para la perspectiva de género.

El discurso experto no es neutro respecto a los roles asignados a varones y mujeres sino que por el contrario forma parte de los mecanismos e instituciones que conforman el sistema de género, sustento de la división sexual del trabajo.

En ese sentido, esta publicación da cuenta de los significados presentes en este discurso, que refuerzan estereotipos de género en el cuidado infantil y de adultos y adultas mayores así como de aquellos que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado.

Para analizar el discurso experto en el cuidado infantil se realizaron 20 entrevistas en profundidad a expertos y expertas de diversas disciplinas como la psicología, la psiquiatría infantil, la pediatría, la educación, así como autoridades de las políticas de infancia de las áreas salud, educación y desarrollo social.

En el caso del discurso experto del cuidado de adultos y adultas mayores se realizaron 24 entrevistas a especialistas en las temáticas de gerontología, cardiología, trabajo social, psicología, enfermería, personas que trabajan en la atención del adulto mayor en el Estado (Secretaría del adulto mayor, Centros de larga estadía del Banco de Previsión Social (BPS), Instituto del adulto mayor, etc.), directivos/empresarios y trabajadores de servicios de acompañantes y de centros de larga estadía privados, así como asociaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población.

Las dimensiones de análisis abordadas abarcaron la definición del buen cuidado o cuidado de calidad, las competencias y cualidades requeridas para las personas que cuidan, los ámbitos preferenciales para el cuidado (familias, centros de cuidado, cuidadoras remuneradas en domicilio) las ventajas y desventajas de diversas modalidades de cuidado, el rol de la familia en el cuidado así como de los varones y las mujeres en las familias y las soluciones adecuadas para articular el cuidado con la jornada laboral remunerada.

También se indagó sobre los momentos ideales para la entrada de las personas dependientes en una institución de cuidados (edad ideal para que los niños y niñas concurren a los centros infantiles o las circunstancias deseables para la institucionalización en el caso de los adultos y adultas mayores).

II. El discurso experto en el cuidado de dependientes

En el siguiente apartado abordaremos las principales dimensiones del discurso experto del cuidado de niños y niñas y adultos y adultas mayores a partir de un análisis desde la perspectiva de género y derechos. El análisis compara lo concerniente al discurso del cuidado infantil y del cuidado de adultos y adultas mayores presentando los puntos de acuerdo y las divergencias, a la luz de dimensiones claves para comprender los cuidados y sus implicancias para la división sexual del trabajo.

A. Componentes principales del cuidado de calidad

Los y las expertas señalaron los componentes principales necesarios para la configuración del cuidado de calidad para niños y niñas así como para las personas mayores, en los que pueden observarse algunas semejanzas así como algunas diferencias a destacar.

Mientras en el discurso experto del cuidado infantil encontramos diferencias importantes en la elección de los componentes del cuidado de calidad, en el caso de los y las expertas en adultos mayores existe un mayor consenso al respecto.

1. Cuidado infantil: Tres enfoques que conviven

En el discurso experto infantil podemos identificar tres enfoques diferenciados que colocan el énfasis en diferentes componentes del cuidado, así como diversas posturas sobre el ejercicio del derecho a cuidar desde una perspectiva de género y derechos.

En primer lugar, encontramos el enfoque que llamamos “psicológico- educativo”, señalado con mayor frecuencia en los profesionales provenientes de la psicología, psiquiatría y educación, luego se encuentra el enfoque “médico” mayormente presente en los pediatras y un tercero denominado “político”, identificado con mayor frecuencia en los actores con poder de decisión en las políticas públicas.

El enfoque “psicológico-educativo” coloca un mayor énfasis en el componente afectivo-vincular del cuidado, planteando que el cuidado debe garantizar la seguridad emocional del niño y de la niña, generada a través de los vínculos con los y las adultas referentes. Desde este discurso, la centralidad está puesta en los vínculos de calidad y la seguridad afectiva más que en una definición a priori de quiénes deben ser los y las adultas o los espacios ideales de cuidado. De esta manera, no se da por sentado que los padres o

que las familias sean el ámbito seguro por naturaleza sino que el buen cuidado dependerá de los vínculos seguros que se establezcan con el niño y la niña. Este discurso se muestra más cercano a la perspectiva de género, posibilitando opciones de cuidado infantil extra-familiares al mismo tiempo que otros ámbitos de desarrollo para las mujeres. En definitiva, la dimensión psicológica del cuidado que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental” es la destacada por este discurso.

Sin embargo, este enfoque presenta resistencias a la hora de sugerir recomendaciones con altos niveles de generalidad dado que hace un fuerte énfasis en el respeto de la singularidad de los niños y sus familias para un cuidado de calidad.

“(...) lo que es crucial es que haya un ambiente de seguridad afectiva que se establece a través de los vínculos cercanos que tiene el niño, que le brinden esa seguridad; habitualmente eso está conceptualizado más en lo que tiene que ver con las figuras de apego, que pueda desarrollar un apego seguro es lo que le permite al niño tener interés en desarrollarse” (Mujer, profesional de la salud mental).

El enfoque “médico” hace mayor hincapié en los aspectos sanitarios del cuidado: el garantizar la lactancia materna y la prevención de enfermedades. La centralidad de la lactancia materna, y la importancia de que los niños y niñas menores de dos años permanezcan cuidados en el hogar, para prevenir enfermedades, lleva a que este enfoque sea más “familista” que el anterior, y menos habilitador para la perspectiva de género y derechos, dado que refuerza los roles de género tradicionales, manteniendo a las mujeres como principales cuidadoras. Es un discurso de mayor consenso, compacto, a diferencia del enfoque “psicológico-educativo” el que presenta mayor variabilidad y flexibilidad respecto a la definición de los componentes centrales del cuidado.

El enfoque médico se centra en las regularidades presentes durante la primera infancia en el desarrollo, a diferencia del enfoque “psicológico-educativo” que enfatiza en la singularidad de cada niño y su familia como aspecto central de la definición de un cuidado de calidad.

“Yo creo que las madres tendrían que estar más tiempo con los hijos, por lo menos seis meses con los hijos, entonces ya ahí es otra cosa que dejar al niño con quince días en una institución, habría que respetarlos, la lactancia materna es fundamental; además en un país chico como este con poca gente tendría que apostar a la primera infancia” (Mujer, profesional de la salud mental).

El enfoque político se trata de un discurso que focaliza en aspectos macro de la política en construcción, (Sistema Nacional de Cuidados) siendo menos problematizador respecto a la conceptualización sobre el cuidado infantil y de esta forma más pragmático al momento de tomar posición. Al indagar acerca de los significados del cuidado de calidad en los niños y niñas, las respuestas en este caso no profundizan en lo relacional sino en la importancia que la inversión en la atención a los niños y niñas tiene para el desarrollo del país, intentando pensar en soluciones macro para la provisión de cuidados. En este discurso está más presente el enfoque de los derechos de la infancia y pierden importancia otras dimensiones de la provisión de cuidado, como por ejemplo, la de asegurar las condiciones para las personas que cuidan.

“En el grupo de cero a tres años es donde se gana el partido, donde la inversión tiene su mayor fruto en el futuro, las oportunidades que no le das al chico son oportunidades que muchas veces dejan marcas para el resto de la vida” (Varón, autoridad pública).

2. Cuidado de personas mayores: Promoción de la autonomía

En el discurso experto sobre las personas mayores existe consenso en los contenidos del cuidado de calidad entre los y las consultadas. Así, en cuanto a la definición de cuidados, los y las expertas coinciden en identificar la promoción de la autonomía como el objetivo principal de la provisión de cuidados, es decir, los cuidados son el medio para lograr el mayor nivel de autonomía posible en dicha etapa de la vida.

Para esto, un cuidado de calidad es el que garantiza desarrollar las capacidades que las personas mayores todavía mantienen y apoyarlas en las que han perdido. La forma de garantizarlo tiene un componente material, que incluye asegurarse todos los dispositivos adecuados para promover la reducción de la dependencia y no para reproducirla, y que está vinculado con el apoyo en las necesidades de la vida diaria particularmente higiene y movilización.

Junto a los aspectos “materiales”, enfatizan el componente psicológico del cuidado, el que es enfatizado en el discurso del cuidado infantil por el enfoque “psicológico-educativo”. Es aquel que atañe al desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas.

“...es algo que no tiene que ver solo con aspectos biológicos que es lo que se suele poner digamos, más énfasis, sí tiene que ver con ellos, pero no solamente con ellos, es todo una serie de aspectos vinculares que además no son iguales con un adulto que con otro que no son tan tenidos en cuenta. En primer lugar, que el cuidador y el que es cuidado puedan generar un buen vínculo” (Mujer, autoridad pública).

Los expertos señalan que para que el cuidado sea de calidad y por tanto se promueva la autonomía, es determinante el comportamiento de la persona cuidadora, es decir, en qué nivel fomente la autonomía en los dependientes. Por tanto, al enfatizar la autonomía, se visibiliza la importancia del rol del otro sujeto del vínculo, que es la persona cuidadora.

“Lo que se trata de garantizar es que tenga la mayor autonomía posible, conservar las mayores autonomías a través de las capacidades que tenga la persona, fomentándolas, evitando que la persona adquiera más limitaciones” (Mujer, profesional de la salud mental).

En definitiva, el discurso experto en el cuidado de personas mayores enfatiza el componente psicológico del cuidado como medio para lograr promover la autonomía y de esa forma reducir la dependencia. Al poner el acento en las personas que cuidan y en su posibilidad de fomentar autonomía, se coloca el énfasis en sus características y en la necesidad de tener conocimientos que le permitan hacerlo. En muchos casos no son los familiares las personas capacitadas para cumplir con este objetivo. Es por esto que este discurso permite la inclusión de soluciones de cuidado extra familiares y en casos de alta dependencia los promueve, como veremos más adelante, porque solo a partir de tener conocimiento sobre la dependencia se puede lograr la promoción de la autonomía.

El énfasis en la autonomía en el caso del cuidado a las personas mayores, permite entender el vínculo entre cuidadora o cuidador y persona cuidada como componente central del cuidado de calidad así como entender el cuidado como derecho cuando valora las elecciones de la persona cuidada sobre quién y cómo debería ser cuidada.

“Esto que hacemos vos y yo de levantarnos, elegir nuestro desayuno, elegir nuestros trabajos, elegir nuestros entretenimientos, elegir con quién nos vamos a vincular, que eso no se pierda en la medida que uno va transcurriendo, y bueno, en la medida que haya alguien que vele o proteja el hecho de que nosotros podamos ejercer esos derechos, creo que vamos a estar siendo cuidados” (Varón, profesional de la salud).

Ambos aspectos son claves para la perspectiva de género ya que visibilizan a las personas cuidadoras como sujetos determinantes para el desarrollo de un cuidado de calidad. Por otro lado, al hacer énfasis en el derecho a elegir, introducen la perspectiva del cuidado como derecho.

A diferencia de los pediatras en el caso de los niños que asumían con mayor frecuencia el enfoque “médico”, caracterizado por un mayor familismo, los geriatras parecen contemplar más una distribución equitativa del cuidado (cuidados familiares y extra familiares), pero no son una opinión tan comúnmente consultada ni por tanto una referencia tan relevante como lo son los pediatras en el caso de los niños. La presencia de los pediatras es más frecuente y su influencia más marcada, constituyendo insumos claves para las decisiones de las familias.

En este sentido, es importante señalar que si bien el discurso experto de las personas mayores abre la posibilidad de alternativas distintas al cuidado familiar como situaciones ideales, no tiene en la actualidad el impacto determinante que tienen los profesionales dedicados a los niños, sobre todo pediatras, en las decisiones de las familias.

En el siguiente cuadro se esquematizan las principales características de cada uno de los enfoques presentados para el discurso experto en el cuidado infantil y de personas mayores.

**CUADRO II.1
ENFOQUES EN EL DISCURSO EXPERTO**

Niños y niñas		Adultos y adultas	
Psicológico-educativo	Médico	Político	Consensuado
Problematizador	Homogéneo	Soluciones macro	Homogéneo
Profundo	Menos flexible	Pragmático	Profundo
Singular (niños/niñas y familias)	Regularidades	Cuidado como inversión	Regularidades pero interviene grado de dependencia y vínculo familiar
Vínculos estables y de calidad	Aspectos sanitarios del cuidado	Visión economicista	Articulación aspectos sanitarios con psicológicos del cuidado
Más cercano a la perspectiva de género. Habilita la desfamiliarización	Niños/niñas como centro	Derechos de infancia	Derechos de los y las adultas mayores. Habilita la desfamiliarización.
Poco influyente en las decisiones de las familias	Influyente en las decisiones de las familias y en los decisores	Determinantes para la configuración de la oferta de cuidado, pero el sustento proviene del discurso médico	Poco influyente en las decisiones de las familias

Fuente: elaboración propia.

3. La función de las familias en el cuidado de niños y niñas y de adultos y adultas

El rol de las familias en el cuidado infantil y de personas mayores fue abordado con los y las expertas para conocer cuál es, según su experiencia, la función que deberían cumplir las familias en el cuidado.

Tanto para el cuidado infantil como para los adultos mayores, los y las expertas identifican funciones exclusivas que deben ser llevadas a cabo por las familias.

En el caso del cuidado de personas mayores, el discurso predominante es el que establece que, la función principal de la familia es el vínculo afectivo con el adulto mayor así como la responsabilidad de garantizar que el cuidado recibido sea de calidad.

“Escuchar, que capaz que son tareas más de afecto ¿no? escuchar las necesidades me parece que es como fundamental, este, y acompañar el proceso” (Mujer, profesional de la salud).

“Creo que la familia es la contención afectiva y la evaluación de los servicios en las funciones...” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

“Creo que un seguimiento permanente, y si la persona tiene un cuidador o quien lo atienda, también es importante que se sepa quién es la familia, si hay cierto control de parte de la familia” (Mujer, autoridad pública).

La posibilidad de ofrecer un vínculo afectivo adecuado a las necesidades del adulto es considerada una de las ventajas de los cuidados familiares. La promoción del componente emocional es vista como un

potenciador de un cuidado de calidad. El cuidado familiar posibilita que la persona mayor viva en la casa del adulto o la adulta o de los familiares, por contraposición a una residencia.

“La compañía, es insustituible, la presencia, este, por eso ya te digo, nosotros acá lo tenemos limpito, contento, pero lo que pasa cuando aparece el hijo o la hija... no se puede, es como decir suplir a un padre” (Mujer, profesional de las ciencias sociales).

“Y las ventajas que en realidad le permiten vivir en su núcleo social, y a todos los viejos si vos les preguntás dónde quieren vivir o morir van a decir en el seno de su familia y en su propia casa. Eso debería respetársele, porque todos queremos en realidad vivir con la familia” (Mujer, profesional de la salud).

El discurso minoritario plantea que existen dificultades en las familias para brindar cuidado en su componente psicológico, de vínculo afectivo, debido a otras responsabilidades familiares, o a malos vínculos entre padres e hijos.

Aparece entonces la problematización del vínculo, reconociendo que éste puede no ser de calidad. Así, en función del vínculo que se establezca con la persona mayor, será ventajoso o no que la familia cumpla el rol principal en el cuidado.

“Cuando el familiar es un ser cercano, cuando el familiar realmente lo hace de buen grado, cuando el familiar lo hace este, digamos, porque puede y siente que tiene que hacerlo es buenísimo, cuando lo hace como una obligación, cuando de repente tiene una serie de problemáticas que no le permiten asumir la función de cuidado de la mejor forma, de repente es preferible que no lo haga el familiar. Es decir, todo depende de la familia que uno tenga, y si tiene o no familia” (Mujer, profesional de las ciencias sociales).

De todas formas, el rol de la promoción del vínculo y de brindar afecto es entendido como propio de la familia y por esto, se hace difícil encontrar un sustituto del familiar en el mercado, es decir que podrían existir circunstancias en que lo afectivo no esté asegurado por el familiar, pero es muy difícil de ser sustituido.

“La ventaja es el amor y la responsabilidad que la familia retribuye hacia el anciano porque es lo que recibió del anciano digo, no puede valerse por sí mismo, en realidad esas cosas son las que no tiene un cuidador o un acompañante ¿verdad? que no le alcanza solamente con la formación, hay principios y valores que el cuidado de un familiar, implícitamente están ¿verdad?” (Mujer, profesional de la salud).

En el caso de las funciones que deberían cumplir la familia para el cuidado infantil, la respuesta espontánea es asumir que hay funciones que son propias de las madres y padres, pero luego, al indagar más sobre éstas, se hace difícil identificar o expresar claramente cuáles son.

“Es que hay cosas que tienen que estar los padres. Desde que les cambias un pañal, hasta que lo vestís y lo bañas. El contacto que puede tener con el padre aunque sea dormirlo, son cosas básicas que tienen que estar los padres. El hecho de que el niño desarrolle el apego le va a permitir después desarrollar confianza. Como puede enfrentar al mundo si el padre no lo mimó y no lo cuida, si no es seguro dentro de la casa. Son funciones básicas, que lo toque el padre, la madre. Si le duele algo, que esté la madre, el padre, y bueno si no un familiar” (Varón, profesional de la salud).

Una de las funciones que podría aparecer como propia de las familias es la afectiva, a partir del establecimiento de un vínculo de calidad con niños y niñas. El vínculo afectivo es un elemento muy destacado por el discurso de los y las psicólogas y educadores principalmente, aunque no por pediatras y decisores de políticas públicas de infancia y cuidados, quienes destacan los aspectos sanitarios así como la reducción de riesgos futuros.

Sin embargo, cuando educadores y psicólogos destacan la importancia del vínculo, la posibilidad de un buen vínculo no está limitada a determinadas personas (padres, madres, abuelas o abuelos) o instituciones, sino a un componente necesario que debe estar presente para el cuidado de calidad y que puede ser desarrollado por diversos prestadores de cuidado. Por tanto, el vínculo afectivo aparece como una función familiar, pero ésta no es exclusiva de las familias.

Si bien existe la dificultad de mencionar funciones exclusivas de madres y padres en el cuidado infantil, surge con mucho énfasis, la necesidad de que los referentes familiares destinen horas de tiempo al cuidado directo y a través de ello cumplan con la promoción del vínculo afectivo. El discurso experto, destaca el papel central que la cantidad de tiempo diario de cuidado tiene para lograr brindar un cuidado de calidad.

En la siguiente cita se observa cómo aún en el marco de jornadas extensas de trabajo de los padres y madres, se valora muy necesaria la dedicación de éstos al cuidado directo.

“La cantidad hace a la calidad. Las pocas horas tampoco son la calidad. Las cosas que se ven en la consulta, cuando la madre llega a las siete de la tarde, el nene llora porque no los vio en todo el día, se genera una relación de tirantez. La función de madre, es la función de madre, la función materna: cariño, empática comprensión, sostén, tiempo de jugar, tiempo de no tener que estar a la orden. Tiempo que si quiero veo la tele, que no la uso como niñera, tiempo que no es de agenda completa sino de cariño. En definitiva es sentido común que se tiende a perder por cosas de la cultura. La cultura también colabora a hacer creer que cumple con mandarlos a un buen colegio. Una madre sabe que el niño necesita de la función materna. El tiempo de afecto y de no hacer nada, no se sustituye con un buen colegio” (Mujer, profesional de la salud mental).

Esta cita y la siguiente claramente responden a la situación que viven principalmente las clases medias y medias altas, aunque no exclusivamente, donde padres y madres están insertos en el mercado laboral a tiempo completo.

“(...) son niños de agenda, desde las 8 de mañana hasta las 7 de la tarde con muchas actividades y no tienen una relación de calidad con los padres. Hay madres que piensan que el único rol es darle de comer, acompañarlo a las reuniones de padres y llevarlos a un jardín nombrado” (Mujer, profesional de la salud mental).

“(...) hay que apostar a la calidad pero tiene que haber horas de exposición con los hijos, en dos horas puedes tú sacarte las ganas y sentir el rol materno pero para el niño no alcanza dos horas con los padres, por mucha calidad no va a sustituir las otras 22 horas” (Mujer, profesional de la salud).

Por otro lado, también se observa cómo si bien se considera la realidad laboral de padres y madres, al culpabilizar o hacer alusión a quién está fallando en el rol cuidador, se hace hincapié en la madre, evidenciando una mayor asignación de responsabilidad y falta en el caso de las mujeres que en el de los varones. Claramente esta mayor culpabilización femenina deriva de la división sexual del trabajo que en el caso del cuidado exige de las mujeres el cuidado directo, con dedicación de mayor tiempo que en el caso de los varones.

El hecho de que el discurso experto, en este caso el discurso médico, refuerce este mandato de género, tiene su impacto en el comportamiento de las mujeres. Como ha sido evidenciado en las Encuestas de Uso del Tiempo así como en las Encuestas Continuas de Hogares, son las mujeres quienes dedican más tiempo al cuidado de dependientes así como las que se abstienen, retiran o limitan su participación en el mercado laboral para afrontar el cuidado de dependientes con importantes consecuencias en su desarrollo profesional y en su autonomía económica actual y futura. De esta manera, son ellas quienes asumen los costos de la escasa oferta de cuidados, sobre todo de niños y niñas menores de tres años.

Por el contrario, en el caso de las personas mayores la idea de que la familia debería dedicar tiempo al cuidado directo no está tan presente, sino que se hace énfasis en la función de garantizar el cuidado de calidad. La opinión del discurso experto coincide en este punto con lo que surge de los datos que brinda la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado (FCS-Inmujeres-ANII, 2012), en donde en el “deber ser” de hijos e hijas, alrededor del 60% de la población menor de 69 años opina que éstos están obligados a garantizar el cuidado, es decir a asegurar las condiciones para que se realice un cuidado de calidad. A diferencia de esto, en el caso de los niños y niñas, y al igual que en el discurso experto, la mayoría de la población uruguaya opina que las madres están obligadas al cuidado directo mientras que los padres lo están a garantizar el cuidado.

“La familia no puede abandonarlos, la familia aún estando con un Alzheimer grave en etapa terminal, no puede abandonar, porque tu podés no saber el vínculo familiar que yo tengo contigo, no reconocerte como hija, no acordarte de nada, pero sabés que hay un vínculo de afecto, una caricia, escuchar la voz, agarrarlo de la mano, este, aún en esos casos que te parece que son vegetales y que no aportás en nada, y que debe ser más duro para uno que está bien y que ve a esa mamá que es irreconocible a la mamá que conocimos, y nos cuesta reconocerla en esa persona enferma, creo que lo peor que podemos hacer es abandonarlos” (Mujer, profesional de la salud).

En definitiva, la importancia del vínculo afectivo para el caso de las personas mayores no está vinculada a dedicar tiempo a la persona cuidada sino que el tiempo que se destine tenga como función la promoción del vínculo afectivo. En el cuidado de personas mayores no se identifica determinada cantidad de tiempo necesario como en el cuidado infantil, sino que lo clave es que se cumpla con la tarea de garantizar el cuidado de calidad, y es legítimo que el cuidado directo sea provisto de forma extra familiar.

Según el discurso experto del cuidado infantil, a través del componente material, de apoyo en las actividades de la vida diaria, se logra satisfacer el componente psicológico del cuidado donde es esencial el tiempo compartido. En el caso del cuidado de personas mayores, el aspecto material asociado al tiempo de cuidado directo, no es necesario que lo realicen los familiares, ya que además no siempre éstos cumplen las condiciones para hacerlo, sino que lo que deben hacer es mantener el vínculo cumpliendo con el mandato afectivo. Ese mandato familiar está vinculado a brindar afecto y las condiciones necesarias para que el componente material del cuidado este garantizado. Esto implica que la familia mantenga un vínculo, que puede ser una visita corta, un llamado, de forma que la persona no sienta que hubo un abandono, pero no se exige, al contrario del caso del cuidado infantil, tiempo diario de cuidado directo.

Por tanto, en el discurso experto del cuidado infantil, el énfasis en las funciones de la familia esta puesto en el cuidado directo, sobre todo de las madres, observándose más claramente que en el caso del cuidado de las personas mayores la presencia de la división sexual del trabajo, mientras que en el caso del cuidado de adultos y adultas mayores, si bien se enfatiza en la importancia del vínculo, éste no se asocia al cuidado directo y diario, sino al garantizar el cuidado, asegurando condiciones de calidad, donde no se establecen diferencias en las responsabilidades según el sexo de los hijos.

Con respecto a las dificultades que tiene para las familias brindar cuidado directo a los niños y niñas, encontramos posiciones que reconocen estas dificultades, en las cuales se problematiza la viabilidad de que las familias sigan ocupando un rol central y exclusivo en el cuidado directo en un contexto de jornadas laborales cada vez más extensas. Así, en algunos casos se propone aceptar y formalizar el hecho de que estas funciones deban traspasarse a otras instituciones.

“O se cambia la modalidad del uso del tiempo a nivel de la sociedad en su conjunto o hay que asumir que hay tareas que realizaba la familia y que están siendo derivadas y que tienen que ser bien cumplidas por otro organismo. En la medida en que hay como un predominio donde todo el mundo tiene que trabajar bastantes horas y la sociedad está organizada de esta manera, hay que formalizar ese traspaso” (Mujer, representante de la sociedad civil).

B. Distribución del cuidado en las familias

La investigación indagó sobre cuál era la distribución ideal de cuidado dentro de los miembros de la familia. Mientras en el caso del cuidado infantil, el rol de las mujeres varía en función del enfoque del cual se parta, en los adultos mayores no existe una visión clara sobre cómo debería ser esta distribución sino que se coloca el énfasis en la familia como una unidad y se invisibiliza el rol que tradicionalmente asumen las mujeres como individuos en el cuidado de dependientes.

En el caso del cuidado infantil, el discurso experto presenta diversas tendencias sobre el rol de las madres y los padres. Aún dentro de un mismo enfoque se observan contradicciones sobre este tema donde ciertas posturas rígidas en torno a los roles femeninos y masculinos en los cuidados parecen no tener sostén desde el saber experto, el cual recomienda la participación de ambas figuras, y nos plantea la posibilidad de contratos de género cambiantes.

“(…) esto también ha ido cambiando, cuando se empiezan los primeros estudios en relación a los primeros vínculos eso estuvo muy centrado en la madre directamente, eso también tuvo que ver con el mito del amor maternal, es un mito, es una construcción y de alguna manera lo que tiene que haber son figuras referentes, estables, de relación continúa con la cual el niño pueda desarrollar esas conductas de apego” (Mujer, profesional de la salud mental).

En general, el discurso experto desnaturaliza el “amor materno” reconociendo su historicidad como noción construida culturalmente, y aceptando que las mujeres no son necesariamente buenas cuidadoras o expertas cuidadoras. Respecto a las funciones exclusivas de las madres, la única que se identifica es la lactancia, si bien se sostiene que no debe asumirse como algo dado que las mujeres desean naturalmente amamantar o que disfruten de hacerlo. Por lo tanto, el amamantamiento no debería constituirse en una tarea forzada para todas las mujeres.

“La única función que sólo puede hacer la madre es la lactancia, después tanto madre como padre pueden hacerlo todo. Sin duda que los demás cuidados son compartidos. Es recomendable” (Varón, profesional de la salud mental).

“La teta como cosa biológica, pero si la teta es dada a disgusto y una mamadera es dada con amor, dale la mamadera” (Mujer, profesional de la salud mental).

Encontramos en última cita, la presencia nuevamente de la afectividad como el elemento más importante en el vínculo o cuidado de calidad, el cual se sobrepone a las condicionantes biológicas desde el discurso psicológico.

Sobre las funciones de los varones, el discurso experto señala que el rol que el padre pueda jugar durante la lactancia es muy importante.

“No hay diferenciación, salvo la de amamantar, pero que el papá puede colaborar con esa instancia para que el entorno sea en paz (…) En la medida que se entienda que son complementarios mejor para todo el mundo” (Mujer, autoridad pública).

Por otra parte, se habilita la posibilidad de que el padre sea el adulto referente en algunos casos, sin que ello afecte el cuidado de calidad.

“Veo el vínculo de los niños con los padres, depende del trabajo de cada uno, hay niños que su vínculo más fuerte es con el padre. Si alguien lo va a tocar (en la consulta) mira al padre primero. No creo que sea mejor o peor para el niño, el rol está” (Mujer, profesional de la salud).

“(…) el niño necesita a ambas figuras, pero para su desarrollo es importante ambas figuras. La institución tiene que promover esto, forma parte de los derechos que tiene el niño” (Mujer, autoridad pública).

El discurso experto reconoce que hay perspectivas más biologicistas que subrayan que hay ciertos aspectos biológicos que podrían establecer una diferencia en el cuidado que puede brindar el padre o la madre, debido a que son las mujeres las que pueden experimentar un embarazo. Sin embargo, el discurso psicológico educativo, sostiene que esta diferencia biológica no es razón suficiente para que los varones no puedan desarrollar cualidades necesarias para el cuidado a partir de la práctica. Es por esto que desmitifica esta idea, reconociendo y recomendando que el padre varón, aún sin haber experimentado el embarazo pueda recuperar esta desventaja a partir del contacto cercano con el recién nacido.

Simultáneamente a esta posición más favorable a la equidad de género en el cuidado, se observa la presencia de ciertos mandatos tradicionales de género que suelen escapar del discurso políticamente correcto, expresándose en cierta terminología o naturalización del saber materno. Claramente la posibilidad de las mujeres de amamantar, aparece como la razón principal que le otorga centralidad a su presencia.

“Hay roles insustituibles como el de la mamá, más allá de que el padre pueda y deba, hay temas biológicos como el tema de que las mujeres tengan la posibilidad de dar la teta tiene que ver con el desarrollo de la mamá y también con la salud” (Mujer, representante de la sociedad civil).

En el caso del cuidado de las personas mayores, no existe una visualización clara de cuáles son las funciones de varones y mujeres de las familias. Se reconoce que existe un mayor involucramiento de las mujeres de esas familias en los cuidados, pero esto queda oculto en la idea de que son las familias, como unidad, las que se encargan. Es decir que los roles que se asignan a las familias son percibidos sin el reconocimiento explícito de que son desempeñados por las mujeres de las familias.

Pocos entrevistados y entrevistadas reconocieron la sobrecarga de que sean exclusivamente las mujeres de las familias las encargadas del cuidado de adultos y adultas mayores, señalando que esto incluye un gran esfuerzo emocional para éstas.

“Y la desventaja es que cuando cuida el familiar, que casi siempre es la mujer, o la hija, o la nuera, o la hermana, o la esposa, o... bueno, siempre la que cuida es la mujer, la feminización del sistema de cuidados lleva a que realmente el deterioro de la persona, que realmente nuestro país no va a recuperar, porque si es el familiar, o la familiar nadie le va a pagar para que lo cuide, prácticamente como que es “obligatorio” ¿no? este, y ta, la mujer tiene que cuidar y se terminó, entonces nos toca a las mujeres, nos deteriora desde el punto de vista no sólo físico, también psicológico porque están 8, 10 horas a la escucha continua, de un llamado, de un grito, de lo que sea, realmente las pone en una situación psicológica que realmente no es la ideal, no se tiene descanso, este, y realmente es muy complicado psicológicamente para la persona” (Mujer, profesional de la salud).

Si bien la mayoría no reconoce explícitamente que son las mujeres las que se encargan mayoritariamente de los cuidados, el enfoque del discurso experto de las personas mayores promueve el cuidado extra familiar, porque reconoce las dificultades que tiene para los familiares la exclusiva y alta carga de involucramiento en los cuidados. Por tanto, se plantea la necesidad de desfamiliarizar el cuidado, de modo que los agentes institucionales se involucren en esta tarea. Entonces si bien no hacen explícita la sobrecarga de trabajo de cuidados que tienen las mujeres en las familias, la desfamiliarización tiene como consecuencia emergente una disminución de la carga de trabajo para las mujeres y promueve una distribución más equitativa de los cuidados.

“Si hay una hija que está las 24 horas cuidando a su papá que tuvo una desgracia de tener un Alzheimer con 55 años, y el tipo es una persona sana, cero colesterol, cero hipertensión, tiene una vida saludable durante 20 años más, entonces, me parece una herejía condenar a esa mujer a cuidar 20 años a una persona con Alzheimer, ahí creo que tiene que intervenir el sistema de cuidados, bueno, ella será la referente de la persona ante las distintas situaciones,

pero ahí tiene que pasar a la parte “profesional” de cuidado o institucional para que esa mujer se desarrolle como persona” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

Cabe señalar por otra parte que el discurso experto señala la influencia que tiene la socialización en los roles de género tradicionales de los propios adultos sobre quien debería cuidarlos, como lo muestra la siguiente cita.

“una mujer mayor que la bañan, con todo lo que es el pudor en nuestra sociedad, el pudor del cuerpo, tanto femenino como masculino, nosotros decimos la mujer pero también los hombres, imagínate un hombre de 70 años que lo venga a bañar una cuidadora que no la conoce, es casi una agresión, una violación moral creo que la familia es la contención afectiva y la evaluación de los servicios en las funciones... pero para la evaluación deberíamos sensibilizarlos por lo menos o capacitarlos, sería el lujo” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

Por tanto, el discurso experto es consciente de que para poder lograr cambios en los roles de género a la hora del cuidado, es probable que se presenten resistencias importantes desde las personas mayores.

Uno de los hallazgos de la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado que coincide con lo encontrado para el discurso experto, es que los mayores de 70 años guardan gran expectativa porque sea su familia la que les brinde cuidado.

El cuadro siguiente presenta los datos sobre las opciones que elegirían para su propio cuidado la población menor de 69 y la mayor de 70 años. Como puede observarse, las personas mayores optarían más que los menores de 69 años por el cuidado familiar (45,7% y 41,9%, respectivamente).

CUADRO II.2
SOLUCIÓN QUE DESEARÍA EL ENCUESTADO SI TUVIERA 70 AÑOS Y O MÁS Y NECESITARA CUIDADOS DIARIOS, SEGÚN SEXO EN MENORES DE 69 AÑOS MAYORES DE 70 AÑOS
(En porcentajes)

	Población menor de 69 años			Población mayor de 70 años		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Que contrataran a una persona que le proporcione la mayor parte de los cuidados	10,0	14,0	12,1	10,2	19,9	15,9
Que lo o la llevaran a una residencia de calidad	16,2	18,7	17,5	11,9	11,7	11,8
Que lo o la cuidara alguien de la familia y una persona contratada	23,6	28,5	26,1	17,8	25,1	22,1
Que lo o la cuidaran solo personas de la familia	47,2	36,9	41,9	51,7	41,5	45,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. FCS-Inmujeres-ANII.

Asimismo, como muestra el siguiente cuadro, la mayoría de los mayores de 70 años, consideran que sus hijas es hijos están en la obligación de cuidarlos personalmente. Existe una fuerte demanda de cuidado familiar directo en la población adulta mayor que no es acompañada con las valoraciones acerca del cuidado que tiene la población menor de 69 años.

De esta forma, se percibe una fuerte discordancia entre la expectativa de las personas mayores de 70 años sobre quiénes deben proporcionar su cuidado frente a la opinión de las generaciones menores.

CUADRO II.3
OPINION RESPECTO AL ROL DE LAS HIJAS E HIJOS
EN EL CUIDADO DE SUS PADRES, SEGÚN SEXO
(En porcentajes)

		Población hasta 69 años			Población de 70 años y más		
		Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
		Nivel de acuerdo con la siguiente frase: «Las hijas mujeres están obligadas a cuidar personalmente a sus padres cuando estos son mayores o necesitan ayuda para la vida diaria», por sexo	De acuerdo	28,3	30,3	29,3	62,7
	En desacuerdo	67,6	68,1	67,8	33,1	35,7	34,6
	No opina	4,1	1,7	2,9	4,2	1,8	2,8
	Total	100	100	100	100	100	100
		Población hasta 69 años			Población de 70 años y más		
		Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Nivel de acuerdo con la siguiente frase: «Los hijos varones están obligados a cuidar personalmente a sus padres cuando estos son mayores o necesitan ayuda para la vida diaria», por sexo	De acuerdo	31,7	31,8	31,7	59,3	59,6	59,5
	En desacuerdo	64,2	65,5	64,8	35,6	39,2	37,7
	No opina	4,1	2,8	3,4	5,1	1,2	2,8
	Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. FCS-Inmujeres-ANII.

Desde la óptica del discurso experto, las diferencias encontradas podrían ser producto de la edad y la distancia respecto a la situación de ser cuidado que tienen los más jóvenes, o a los cambios en los valores sobre las pautas tradicionales de distribución de cuidado. Lo que queda claro es que existe una diferencia entre quienes deben brindar cuidado (personas más jóvenes) y las personas cuidadas. En muchos casos respetar estrictamente el derecho de quienes son cuidados, por ejemplo, cuando desean ser cuidados por sus familiares mujeres, entra en contradicción con el respeto de los derechos de quienes cuidan, que debería considerar lo deseado por las personas que cuidan y las condiciones en que lo hacen.

C. ¿Cuándo se recomienda la institucionalización?

Todos los expertos consultados encuentran límites respecto al cuidado otorgado por las familias. Mientras que en el cuidado infantil las restricciones del cuidado familiar se vinculan a la edad de los niños (a determinada edad es recomendable el cuidado institucional), en el caso de las personas mayores los límites al cuidado familiar están relacionados fundamentalmente al grado de dependencia.

En el caso del cuidado infantil, la recomendación más marcada es que durante el primer año de vida los niños sean cuidados en el entorno familiar, estableciéndose una clara separación entre el primer año de vida y lo que suceda a partir de este momento con la posibilidad de acceder a un centro infantil.

“(…) hay que tener un cuenta el grupo etario, no es lo mismo el cuidado en el primer año de vida donde el niño siempre es dependiente de la familia, los cuidados están muy centrados en el hogar o la familia. Hay que favorecer el cuidado familiar en el primer año” (Varón, autoridad pública).

Esta idea coincide con lo hallado en la Encuesta de Representaciones Sociales del cuidado respecto a la edad ideal para la concurrencia de niños y niñas a un centro infantil, la que muestra que sólo el 5,8% de la población opina que la edad ideal para la entrada al centro infantil es antes del año.

CUADRO II.4
EDAD EN QUE CREE QUE NIÑOS Y NIÑAS DEBEN ASISTIR A UN CENTRO INFANTIL, POR SEXO
(En porcentajes)

¿A qué edad cree Ud. que niños y niñas deben asistir a un centro infantil?			
	Varones	Mujeres	Total
Antes del año	6,4	5,2	5,8
Desde el año	14,9	13,0	13,9
Desde los 2 años	18,6	28,4	23,8
Desde los 3 años	31,1	28,4	29,7
Desde los 4 años o más	27,4	24,3	25,8
NS/NC	1,6	0,7	1,0
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. FCS-Inmujeres-ANII.

Para algunos de los entrevistados, la postura respecto a la edad de concurrencia de los niños al centro infantil es relativizada. Se problematizan los recursos con los que cuentan las familias para sostener el cuidado familiar, anteponiendo factores como la estimulación, el ambiente saludable, la generación de hábitos, entre otras ventajas de los centros infantiles cuando las familias no cuentan con los recursos para brindar este tipo de contención.

“No hay una fórmula. Yo voy construyendo con el otro. Hay veces en que es mejor que se quede con la mamá y otras veces no. Por ejemplo, una mamá muy aprensiva con el hijo, esto uno lo ve en los centros infantiles, se intenta y si no funciona que vaya al jardín y se está sufriendo es mejor que se quede con la mamá, no lo forzás porque es un lugar de sufrimiento para ella y para el niño también” (Mujer, profesional de la educación.)

“Nadie va a profundizar que algo que es mejor que lo otro, no debería decretarse que es mejor que vaya a un centro a partir de determinada edad ni que se quede en la casa” (Mujer, autoridad pública).

“Hay familias que es más saludable que el niño vaya dos tres horas a la guardería, por el vínculo patológico con la madre. Es más saludable que esté todo el día con la mamá. No sabría decirte qué es lo mejor en términos generales, ni siquiera como madre. Cada situación es muy particular” (Mujer, profesional de la educación).

Resulta claro que los ámbitos de inserción profesional de los entrevistados influyen en el tipo de respuestas sobre la edad ideal de concurrencia a un centro infantil. Aquellos que tienen mayor contacto con población más vulnerable en términos socioeconómicos suelen problematizar más la idea de la casa como lugar ideal para el cuidado infantil. Esto en términos de la infraestructura del hogar como de las capacidades de estímulo que puedan brindarse.

“En determinadas condiciones de vida sería muy bueno que el niño tuviera la posibilidad de tomar contacto con otros, hay contextos muy pobres y violentos, necesariamente se va a los espacios sociales más colectivos” (Mujer, profesional de la educación).

En este sentido, se identifica también este momento entre el año y medio y dos años como la edad más adecuada para el ingreso de los niños al centro infantil, en este caso por motivos vinculados a su desarrollo psicomotriz, al desarrollo del lenguaje oral, a su desarrollo emocional y a la necesidad de la socialización.

“(...) es diferente al niño de dos años que tiene otro nivel de autonomía y la socialización está en otro nivel, ya habla y juega con otros, tiene la capacidad también para jugar solo; es un salto impresionante, hay cosas que el niño va logrando que tiene que ver con poder tolerar mejor” (Mujer, autoridad pública).

La posibilidad del habla también se considera importante dado que permite al niño y a la niña expresar a sus cuidadores sus necesidades así como a sus padres aspectos del cuidado en el centro. Esto brindaría mayor seguridad a los padres que en el caso de niños que no tienen esta capacidad desarrollada.

“Ante todo está accediendo al lenguaje, tiene la posibilidad de (a su estilo) transmitir algo de lo que le sucede a los cuidadores y a los padres” (Mujer, profesional de la salud mental).

Por otra parte, en el caso del discurso “psicológico-educativo”, se incluye la satisfacción de la persona cuidadora como factor fundamental del cuidado de calidad. En este sentido, aún cuando estén dadas las condiciones para el cuidado domiciliario o familiar, si quien está a cargo del cuidado no se encuentra satisfecho con la tarea o con los costos de la misma, es preferible que el cuidado se desarrolle en un centro infantil. En este sentido, se entiende que puede ser negativo para los niños que la persona a cargo del cuidado, por ejemplo las madres o abuelas no estén satisfechas con la decisión de relegar su participación en el mercado laboral para dedicarse exclusivamente al cuidado.

“(...) si dejan de trabajar pero en realidad están pensando que están perdiendo su carrera profesional, no pudiendo tener el ingreso que desearían, ahí se genera una situación que el niño la percibe y eso también complica el desarrollo” (Mujer, profesional de la salud mental).

En el caso del cuidado de las personas mayores, lo que marca el límite al cuidado familiar es principalmente el grado de dependencia del adulto. La tendencia es que la institucionalización, a partir del ingreso a un centro de larga estadía, es ideal solamente en caso de alta dependencia. Por tanto, los límites al cuidado familiar para los expertos se dan por tres razones principales. Primero, en casos de altos grados de dependencia, particularmente cuando hay deterioro psíquico importante.

“Y en el caso de los viejitos que tienen que tener cuidados especiales, curaciones, problemas físicos concretos, claro ahí está bueno que lo haga un familiar, pero siempre y cuando al familiar no le sea un peso importante porque sino la relación se desvirtúa totalmente y la confianza, el afecto y toda esa seguridad que tiene, no tiene que llegar al punto el peso de que el viejito se dé cuenta que es un peso para la familia, porque si no se deteriora, y ya se sienten que molestan y ¿para qué vivo? y empiezan con toda esa depresión y esa angustia que es muy difícil de sacársela porque ellos ven que están en cierto modo o entre comillas molestando a la generación siguiente o a los nietos, no es sencillo” (Mujer, profesional de la salud).

En estos casos en que existen requerimientos de cuidados en salud, es muy importante el desgaste emocional que implica el cuidado para los familiares y de ese modo se justifica que puedan excluirse de responsabilidades en el cuidado directo.

Segundo, en los casos en que la familia, por distintas dificultades de índole económico o afectivo no tiene un vínculo adecuado con el familiar que permitan ser una familia sostén. Cuando ocurren estas situaciones, los expertos plantean los riesgos de caer en maltrato hacia el adulto.

“...muchas veces los familiares se transforman en cuidadores obligados y eso es una fuente de potencial sobre carga a corto plazo y hasta de maltrato digamos, el rol de cuidador obligado puede ser negativo... hay que saber que a mediano y largo plazo eso genera sobrecargas y bueno llega por encima de determinados límites, determinados grados de dependencia resultan muy difíciles de sostener, hay estudios que plantean que por encima de dos actividades de la vida diaria afectadas en un grado necesidad de asistencia total, bueno la gente termina institucionalizada o el potencial de institucionalización es mucho más alto porque los entornos familiares terminan saturándose digamos” (Varón, profesional de la salud).

Tercero, por el agotamiento que implica brindar cuidados a los adultos y adultas mayores, a diferencia de la actividad gratificante que puede implicar el cuidado infantil.

“Lo que sí se sabe es que si está mucho tiempo en contacto, en cualquiera de las actividades vinculadas a la salud, pero sobre todo con los adultos mayores que demandan un gran esfuerzo, uno se termina sobre cargando y frustrándose, digo, es una carrera no a mejorar si no a empeorar, entonces eso daña mucho y hay que tener mecanismos de protección, tiempo libre a diario” (Varón, profesional de la salud).

Desde el discurso de las autoridades de centros de larga estadía, este tipo de instituciones se plantean como una solución para el agotamiento del familiar, porque permiten concentrar las tareas de cuidado de las familias sólo en el componente psicológico del cuidado, en la promoción del vínculo afectivo, desvinculándolas del componente material que implica.

“Muchas veces el agotamiento del familiar hace que ponga distancia, y que llegue hasta el maltrato, sin quererlo, hay gente que vive con mucha culpa como trataba a su padre en casa, y me dice <era el cansancio, yo ahora vengo acá y vengo distendida, y mi madre me recibe con una sonrisa, claro, estaba sola en la casa, vivía quejándose, vivía en los médicos, yo no puedo creer que mi madre no me hable de médicos> me decía por ejemplo una” (Mujer, autoridad privada).

En definitiva, los límites del cuidado familiar para las personas mayores se ubican en las consecuencias negativas que tenga para el adulto cuando el familiar no tiene las condiciones necesarias para brindar un cuidado de calidad. Se reconoce el impacto emocional que genera el cuidado de personas mayores en los cuidadores, pero casi exclusivamente por las consecuencias negativas que tiene para el adulto, por el maltrato que pueda presentarse. Por tanto, si bien el discurso experto incorpora los derechos que tienen quienes son cuidados de recibir cuidados de calidad y de esa forma se respeten las condiciones en que debe otorgarse ese cuidado, no se enfatiza en los derechos de las personas que cuidan.

Algunos entrevistados dan un paso más y cuestionan a la familia como prestador ideal para el cuidado afirmando que para que una familia brinde cuidado de calidad debe tenerse en cuenta el vínculo que se establece con la persona mayor.

“Desventajas con respecto a que sea un familiar, todos sabemos que depende de la familia que se tenga y si se tiene una familia, no se puede decir que sea mejor o peor, este, porque realmente, nosotros no podemos partir de la base de que todo el mundo tiene una familia y que la familia está constituida de la mejor forma, y que los mejores cuidados son los familiares, porque no necesariamente es así, partimos de una hipótesis falsa, muchas veces es así y muchas veces no es así” (Mujer, profesional de las ciencias sociales).

Así como el vínculo con el familiar es relativizado, también lo es el clima dentro del hogar, donde se destacan las dificultades que las personas mayores pueden enfrentar viviendo en el hogar familiar. En este sentido, los expertos rompen con la idea de equilibrio entre los miembros del hogar mostrando cómo las situaciones de violencia y maltrato hacia personas mayores, no solo pueden darse en las residencias sino también en el hogar familiar, lo que no lo hace necesariamente un lugar seguro para recibir cuidados.

“Lamento, pero hay más abuso y maltrato dentro de los hogares.... hay todo un mito de que las residencias son los monstruos, pero hay casos y casos, sí hay residencias que son monstruos, pero hay familias que son monstruos también, y que el Estado no entra, no las ve, no se entera, y entran por el sistema de salud, y ahí las ves, pero no hay un sistema de <que ah... qué pasó con la familia...> pero tampoco hay una respuesta, porque qué pasa con un adulto mayor que fue violentado, castigado o maltratado en su domicilio ¿dónde lo mandás?” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

En esta línea, varios entrevistados mencionan que los cuidadores familiares, no son buenos cuidadores por el hecho de ser familiares, sino que carecen de formación sobre como otorgar un cuidado de calidad que pueden como consecuencia afectar la vida de sus familiares mayores.

“Primero, el familiar tiene mucho cariño pero ninguna capacitación, o a veces me pasaría del ninguna, mala capacitación, porque por no saber se informa por gente que le dice de procedimientos que son comunes pero son dañinos, o ve en la televisión <ah, mirá si hacés tal cosa> o va en el ómnibus y dice <ah, no, pero yo a mi padre le hacía tal cosa, tal otra y se recuperó> el tema de la medicación, de la auto medicación, ese es el lado negativo” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

“Yo pienso que todo tiene que tener su término medio, las desventajas muchas veces opera el mecanismo de negación, de no querer ver cómo se está deteriorando un ser querido y por un protagonismo de querer hacer así las cosas, a veces por querer hacer un bien se hace un mal. Tiene sus desventajas, en eso que te digo, de creer siempre que se está actuando bien sin una consulta profesional” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

Otro elemento que está vinculado a la posibilidad de que la familia se haga cargo del cuidado directo refiere a las características de la vivienda donde residiría la persona mayor. Gran parte de los y las expertas en personas mayores, recomendaron fuertemente que las personas mayores permanezcan en sus casas mientras su nivel de dependencia lo permita.

En este sentido, se enfatiza en la necesidad de que se realicen las adaptaciones necesarias para que esto suceda, señalando que éstas son viables de realizar a partir de un mayor conocimiento sobre este tema y una oferta adecuada de productos específicos en el mercado. En este sentido, los y las expertas señalan que se requiere mayor educación respecto a las necesidades de las personas mayores en Uruguay, lo que llevaría a considerar las mismas en la infraestructura de las viviendas, desde su construcción hasta el mobiliario.

“Pisos antideslizantes, calzado del adulto mayor adecuado, que no haya cables, objetos en el piso, una adecuada iluminación, los viejitos necesitan habitualmente más iluminación que los adultos jóvenes para desplazarse, instalaciones eléctricas seguras, y bueno, en otros casos a veces, si estamos pensando en un adulto mayor por ejemplo con artrosis en las manos y demás, uno consulta catálogos de otros países y hay de todo, tenedores especiales para esa gente, pomos de puertas especiales para esa gente, hay ancianos que no pueden abrir una puerta con pomo porque no lo pueden agarrar, pueden sí con uno de palanca, en el mercado uruguayo ni siquiera hay a la venta. El adulto mayor es un gran olvidado del marketing lamentablemente, y en infraestructura en el domicilio, prácticamente no hay casa que no se pueda adaptar para un adulto mayor auto válido o aún con capacidades levemente limitadas” (Varón, autoridad privada).

“(…) las casas no están preparadas para que viva un adulto con determinada dependencia, no están preparadas, o cuando el adulto tiene una caída, eso es realmente, se siguen construyendo casas que no están preparadas para la adultez” (Varón, autoridad privada).

Respecto a la infraestructura de las viviendas, se menciona la necesidad de minimizar los riesgos siendo el baño y la cocina los espacios que requerirían de mayores adaptaciones. También se destaca la necesidad de acondicionar las escaleras. Hay acuerdo en la necesidad de contar con pisos antideslizantes y la ausencia de alfombras.

“La adaptación del baño y eventualmente la corrección de barreras arquitectónicas que bueno, que algunas no son tan difíciles de corregir” (Varón, profesional de la salud).

“Y bueno, escaleras serían difíciles, podrían estar en escaleras los que están muy bien o que pudiera contar con un ascensor, porque... sí, las escaleras para personas mayores no todos pueden, los baños los adecuados porque incluso la parte del duchero tendrían que

tener eso que tienen en algunas casas las sillas para sentarse y para bañarse, el duchero con teléfono, lo mismo las piletas no tienen problemas pero la parte de los wáter tendrían que tener también su no sé cómo se llama sobre wáter las cosas especiales para que se sienten, una altura también determinada que en algunos baños para lisiados hay que tienen distintas alturas, para pasar de la silla al wáter directamente, hablamos de condiciones ideales ¿no? obviamente que eso llevaría” (Mujer, profesional de la salud).

“Ahí está, las escaleras son un problema, dependiendo de la situación de cada anciano, pero las escaleras son un problema. La señalización de algunos espacios donde pueda tropezar, porque en una casa no tenés señalizado si tenés un escalón o no, y el anciano puede olvidarse, a menos que bueno, lo conozca muy bien y ya sepa” (Mujer, profesional de la salud).

Se menciona también la necesidad de contar con elementos que minimicen la posibilidad de quemaduras, descargas eléctricas y fugas de gas.

“El agua tiene que regulársela una persona que esté bien, porque si ellos entran a graduar el agua no se dan cuenta que está hirviendo y se queman (...) un sistema de detección de humo, de fugas de gas, la parte eléctrica, viste que si los nenes meten los dedos en el enchufe automáticamente salta la llave, se queda sin electricidad, eso” (Mujer, trabajadora privada).

“La persona sigue viviendo en su casa y sigue haciendo sus tareas, yo creo que hay cosas que se pueden reducir, el hecho que se puedan manejar cosas calientes, la comida cuando se calienta, yo creo que hay que darle bastante libertad en eso ¿no? el mundo avanzado está todo el mundo con microondas, yo sé que los viejos se resisten al microondas, pero hay cosas que dan menos riesgos que lo anterior, capaz que el microondas es una cosa económica, no es tan complejo para el ámbito social” (Mujer, profesional de las ciencias sociales).

Todos estos elementos cuestionan nuevamente la posibilidad de que las viviendas familiares en las que viven los adultos mayores tengan las condiciones necesarias para brindar un cuidado de calidad. Si bien los expertos no lo mencionan con la agudeza necesaria al momento de definir los límites del cuidado familiar, debido a que hacen énfasis en los aspectos vinculares, notamos que estos aspectos materiales son claves para garantizar el cuidado de calidad en las personas mayores y no suelen estar presentes en los hogares familiares. En general, se hace hincapié en que los centros de larga estadía tengan las condiciones necesarias en cuanto a infraestructura, y personal capacitado, quedando invisibilizadas las condiciones necesarias también en el espacio del hogar.

D. ¿Cuáles son las características deseables de las personas que cuidan?

Respecto a las cualidades de las personas que cuidan, son los expertos en personas mayores los que pueden especificar con mayor precisión cuáles son sus características ideales, mientras que en el caso del cuidado infantil se presentan más dificultades para indicar cualidades necesarias en el perfil de cuidador. Ambos coinciden en que es necesaria la formación, pero los expertos en adultos mayores van más allá y cuestionan que la familia tenga los conocimientos necesarios para brindar cuidado de calidad a los mayores como ya fuera mencionado. En el caso del cuidado infantil, la experticia de la familia es sólo cuestionada por el enfoque “psicológico-educativo”.

Para el cuidado de personas mayores, hay consenso en que es imprescindible la formación, cuyos contenidos se dividen en cuatro aspectos; aspectos de nutrición, de salud, aspectos psicológicos y sociales. En cuanto a la salud se destaca el conocimiento de los aspectos relacionados a las enfermedades degenerativas típicas de esta etapa de la vida.

“La persona que cuida al adulto mayor tendría que tener un pequeño enfoque de lo que es toda la parte de lo que es el envejecimiento, algunas patologías, por lo menos conocer algunas patologías crónicas del adulto, cómo detectar lo que es normal, lo que no es normal para detectar algún cambio en el adulto y después toda la parte de... de higiene, cómo enseñarles, cómo movilizarlos y todas las partes de todo lo de seguridad” (Mujer, autoridad privada).

“Debieran saber cómo se puede envejecer y que ese envejecimiento es heterogéneo, debieran tener nociones generales sobre hábitos saludables ¿verdad? sobre las grandes enfermedades o las más prevalentes de los viejos y de los síndromes geriátricos que son enfermedades características y prevalentes como la demencia, las caídas, la depresión, debieran tener nociones de lo que es la discapacidad y la dependencia tanto mental como física” (Mujer, profesional de la salud).

Estos conocimientos le permitirán saber cómo actuar ante la dependencia o la discapacidad física o psíquica. En cuanto a la psicología del adulto mayor, se mencionan conocimientos asociados con la salud mental, aunque esto no se enfatiza como un aspecto a desarrollar en la formación, sino que se considera que es una habilidad que debería traer consigo la persona que cuida. *“a su vez debieran tener herramientas y desarrollar habilidades y destrezas para poder ayudar en el contexto de una discapacidad o dependencia física, y de una discapacidad o dependencia mental”* (Mujer, profesional de la salud).

“Tiene que tener por supuesto una buena capacitación en lo que es la sicología del paciente enfermo, insisto sea adulto mayor o no, como contenerlo, como contener esas angustias, como canalizar ese sentimiento que a veces tiene una persona que está enferma, que sabe que se está muriendo” (Varón, autoridad privada).

En cuanto a la nutrición, se hace énfasis en conocer la importancia de una alimentación adecuada y poder proveerla como parte del cuidado. *“no tiene por qué ser nutricionista, tiene que saber qué es lo que puede comer la persona, este, determinados elementos vinculados a la alimentación”* (Mujer, profesional de la salud). Respecto a lo social se hace énfasis en el fomento de las relaciones interpersonales, particularmente en fomentar las habilidades para la comunicación interpersonal

“después todo lo que tiene que ver con el área social, capaz que ahí tenemos mucha cosa que tiene que ver en cómo es la persona, cuales son las formas de comunicación, cuales son las pautas para el relacionamiento” (Mujer, profesional de la salud).

Cabe agregar que, según el saber experto, cuanto mayor es el grado de dependencia que se cuida, mayor es la necesidad de cubrir cuestiones vinculadas a la salud (movilidad, prevención de accidentes, etc.)

“creo que los que tienen menor grado de dependencia debería hacerse mayor énfasis en el vínculo, y los que tienen mayor grado de dependencia o mayor deterioro intelectual deberían tener mayor capacidad de lo que es la movilidad, los cambios, evitar complicaciones” (Mujer, profesional de la salud).

Una de las entrevistas rescata que uno de los conocimientos que debiera incorporar quien cuida es sobre el autocuidado de las personas cuidadoras. Es decir no solo saber cómo cuidar al otro, sino saber cómo cuidarse a uno mismo, lo que se relaciona al manejo de las situaciones de stress ocasionadas por las características del trabajo.

“...si lo tiene que bañar, si lo tiene que cambiar, si lo tiene que acostar, se tiene que cuidar su propia salud para no destruirse a sí mismo ¿no? entonces me parece que son componentes válidos y obviamente la perspectiva esta, que tenga claro los derechos de la persona que está cuidando” (Mujer, autoridad pública).

A pesar del énfasis otorgado a la formación requerida, el discurso experto en el cuidado de personas mayores plantea que las características personales del cuidador son un elemento muy importante para la

realización de la tarea. La habilidad vinculada a la generación de empatía, la tolerancia y la capacidad de escuchar son fundamentales para brindar cuidado de calidad.

Es decir, si bien se manifiesta la importancia de la capacitación para la formación de los cuidadores, el énfasis está puesto en las habilidades de las personas que cuidan y no hay una alternativa clara de cómo generarlas o desarrollarlas durante el proceso de capacitación.

“Porque de nada sirve que tenga una capacitación de cómo mover a la persona si después cuando se está frente a ella le molesta porque la persona repite las cosas, o no le oye” (Mujer, autoridad pública).

“Tiene que haber también características personales que son muy importantes como una gran vocación de servicio, un gusto por la tarea, una gran calidez y gran paciencia con personas que están viviendo una etapa especial de su vida, pero quizás no va mucho más allá de eso” (Varón, autoridad privada).

Como podemos observar en la siguiente cita, existe una asociación con la que todos los entrevistados estuvieron de acuerdo que es entender el trabajo de cuidados como un acto de amor. Esta componente inmaterial es, desde la perspectiva de los entrevistados, el central para definir los cuidados de calidad. Los cuidados de calidad se definen en gran medida por el componente de voluntad, de disposición subjetiva de las personas que lo realizan, y por tanto de elección de este trabajo como una “vocación”. Cabe señalar que este énfasis en lo voluntario y afectivo del cuidado pone en cuestionamiento, al mismo tiempo que invisibiliza, el componente de esfuerzo y de conocimiento que implica el trabajo de cuidado.

“Cualquier persona que tenga la disposición personal de querer cuidar, primero es eso, y yo digo que hay dos características que tienen que tener las personas que cuidan que para mí son esenciales, (...) nosotros tenemos que querer a la gente, nosotros necesitamos demostrarle ese amor a la gente para cuidarlo (...) Es mi modalidad, a veces lo que más lo capta, que yo a veces hago por él, si yo le demuestro cariño, comprensión, lo asisto en todo lo que él me pide que necesita en ese momento, yo estoy haciendo un acto de amor atendiendo a él” (Mujer, profesional de la salud).

Sin embargo, las malas condiciones de los nichos de trabajo asociados a los cuidados limita la posibilidad de elección porque sólo las personas con pocas oportunidades de elección, pueden dedicarse a este trabajo.

“Primero querer cuidar, eso me parece que es lo básico, que esa tarea es la que la persona elige como su ámbito profesional, eso también vincula que al ser una elección en un ideal ¿no? porque eso no sucede en la realidad” (Mujer, autoridad pública).

“Primero gustarle lo que hace, primero te tiene que gustar, te tiene que gustar; no atender a los viejos como un desecho humano” (Mujer, trabajadora privada).

“Si es malo que un familiar haga la función obligado, peor es que alguien trabaje en eso por obligación” (Varón, profesional de la salud).

“La persona tiene que tener esa... no sé cómo llamarlo, esa vocación de atender a otra persona, de cuidarlo (...) no es lo mismo cuidar a un niño que cuidar a un adulto mayor” (Mujer, autoridad pública).

En segundo lugar, la capacidad de tolerancia y paciencia es otro de los atributos personales requeridos para el trabajo. De lo contrario son probables las situaciones de maltrato.

“Tiene que tener buen humor, como primera cosa, ser una persona positiva, y además no agredir si no observar cómo se van desarrollando las cosas... tiene que tener paciencia, tiene que ser buen comunicador, tiene que tener una buena situación de convivencia” (Mujer, representante de la sociedad civil).

“Para tener calidad de vida se tienen que sentir escuchados, atendidos, limpios, bien alimentados, y sentir que el cuidador está para protegerlo no para mandarlo o rezongarlo o hacer lo que él no quiere hacer” (Mujer, trabajadora privada).

“Tendría que ser una persona que los trate bien, que tenga buen relacionamiento, que tenga modales, este, hay formas y formas de tratar a un adulto mayor, no lo podés prepotear ni llevar a los gritos, ni hacé esto, hacé lo otro, es como un niño chico, tiene que tener modales, tiene que tener muchísima, muchísima paciencia, sobre todo eso” (Mujer, autoridad privada).

En tercer lugar, la habilidad de generar empatía con la persona cuidada.

“Después en realidad tener la capacidad de vincularse adecuadamente con otros, escuchar, de tener en cuenta las necesidades del otro, pero fundamentalmente tener una plasticidad que le permita adecuarse a la demanda de la persona, no solamente en requerimientos de la demanda de cuidados, sino también en la lógica que esa persona tiene de comprender la vida y las cosas, que el cuidador no venga como a querer imponer su lógica frente a determinadas cuestiones, por ejemplo las creencias que la persona tiene, la forma que la persona elige vivir” (Mujer, autoridad pública).

Una cuarta característica es que debe ser consciente de los costos asociados al trabajo que implica brindar cuidados, sobre todo vinculado, a los costos afectivos, de stress producto de las implicaciones emocionales que tiene para una persona desarrollar esa tarea. Esta característica se vincula con la necesidad de elegir la tarea de cuidados y que esta no tenga como único incentivo la compensación económica sino que las personas encuentren otras motivaciones para realizarla que permita mantenerse en el trabajo.

“Debe tener muy claro que requiere quizás una carga de alguna manera propia, personal importante, porque es una tarea que demanda mucho esfuerzo, no sólo físico, si no mental y emocional, y el que aspire debería estar dispuesto a hacerse cargo de eso, claro que con las herramientas necesarias para poder resolverlo, porque no es lo mismo afrontar el cuidado de una persona dependiente anciana sin tener ninguna herramienta para manejarse que por supuesto genera o puede generar mucho estrés ¿verdad?” (Mujer, profesional de la salud).

“Vos tenés que saber cuándo vas a trabajar a un residencial que lo más probable que vos te encariñes con algún viejo que le quedan 2 meses de vida, entonces tenés que estar preparado” (Mujer, trabajadora privada).

“Tiene que tener cierta capacidad de manejo, de tranquilidad en situaciones de estrés o de emergencia, es decir, no se puede desequilibrar, si tiene que pedir ayuda a la persona” (Varón, profesional de la salud).

“Mucha gente que cambió la mentalidad (...) gente que decía, esto no es para mí, me voy, que eso fue lo que más me satisfizo, de que pudiéramos haber alcanzado de que la gente reflexionara, que está en condiciones verdaderas, que hoy por condiciones de dinero acepta esto, que eso es lo que yo quisiera que se desterrara” (Mujer, profesional de la salud).

Uno de los riesgos asociados con el stress que genera la tarea es no poner límites a la implicación con la persona cuidada. El discurso experto plantea que debe mantenerse cierto equilibrio entre generar empatía, promover el vínculo afectivo y mantener la distancia adecuada que permita a la persona cuidadora valorar de alguna forma su tarea de cuidado como trabajo al igual que otros trabajos.

“...que no fuera alguien que tiene conflictos y que no puede cuidar porque en realidad tuvo una mala experiencia” (Mujer, profesional de la salud).

“...poder establecer un vínculo que sea afectivo, pero también tenés que mantener cierta distancia (...) otro problema de los cuidados, al final parece que el cuidador y el cuidado fueran iguales, porque hay una simbiosis entre una cosa y otra o sea...” (Varón, profesional de las ciencias sociales).

“...una persona que sea capaz de poner límites entre sí mismo y la persona que está cuidando, y que sea capaz de respetar un acuerdo de trabajo...” (Mujer, autoridad pública).

Ahora bien, al parecer las características necesarias para realizar un cuidado de calidad en los adultos son propias de las personas que cuidan y según el discurso experto ya tienen que venir con ellas. Es decir, quedarían por fuera de lo que es posible de ser aprendido. Las características personales vinculadas a la tolerancia, la empatía, son asociadas a lo femenino y son habilidades aprendidas en la socialización por las mujeres. De esta forma al no incorporar la posibilidad de aprender estas habilidades, y al colocarlas como criterio de elección, se plantea una preferencia escondida hacia las mujeres en las tareas de cuidado, lo que claramente tiene consecuencias en la división sexual del trabajo. Al valorar las habilidades necesarias para el trabajo como naturales de las personas o de las mujeres, no es reconocido el esfuerzo que implica este trabajo, se feminiza aún más y se reproducen las malas condiciones del sector.

Respecto a las cualidades requeridas para el cuidado de niños, encontramos por un lado quienes hacen un fuerte énfasis en la formación mínima necesaria y, por otro, quienes destacan otras cualidades vinculadas a la sensibilidad de las personas para comprender a los niños.

“El cuidado de calidad no depende solo de una formación particular de preparate, hay algo propio de la naturaleza humana, del perfil sensible del adulto cuidador, de poder contactar con la infancia por tener muy bien resuelta su propia infancia, que tallan claramente en la calidad de los cuidados” (Mujer, autoridad pública).

“No depende sólo de la formación. Eso hace que no podemos separar el cuidado de quien lo aplica, el cuidado depende de quién está cuidando también, de las condiciones que tenga y de otra cosa intangible difícil de determinar en hechos concretos que hace que la cosa se complique más. Porque si nosotros pudiéramos definir un perfil determinado que se cumpliera sería más sencillo. Pero no es así” (Mujer, autoridad pública).

Observamos en estas citas cómo, no resulta claro identificar con precisión cuáles serían las cualidades necesarias que permitan establecer un perfil de cuidador infantil más allá de lo formativo. Esta dificultad que presenta el discurso experto para poder objetivar las cualidades necesarias para poder brindar un cuidado de calidad no es alentadora desde la perspectiva de género, dado que la asociación con lo natural, intangible, tiende a mantener a las mujeres atadas al cuidado, dado que son quienes culturalmente se les ha atribuido este don innato del cuidado.

Por otra parte, encontramos quienes sí enfatizan en la profesionalización del oficio que debe pesar más que el aspecto más intangible.

“La buena madera no alcanza, más sin buena madera no se puede”...Hay algo que debería poder permitir comprender cuál es este lugar en relación al niño y en relación a la familia, es como complejo, va con una profesionalidad en cierta forma más que con una cuestión amorosa y de responsabilidad” (Mujer, profesional de la educación).

Claramente surge de la comparación entre ambos discursos que para el caso del cuidador de personas mayores, hay mayor claridad sobre el perfil profesional y los contenidos de formación que debería conocer que para el caso de los cuidadores de niños.

CUADRO II.5
CUALIDADES DESEABLES EN LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y ADULTOS

Niños o niñas	Adultos y adultas
Perfil difícil de precisar	Perfil fácilmente identificable
Sensibilidad	Vocacional
Capacidad de generar empatía	Capacidad de generar empatía
Requisitos de formación no son claros	Requisitos de formación: nutrición, salud mental, conocimiento sobre procesos de envejecimiento en las personas mayores
Las habilidades se asocian con lo natural e intangible	Capacidad de mantener distancia afectiva adecuada Capacidad de tolerancia y de soportar el stress
Al no identificar el perfil, se corre el riesgo de asociar las cualidades con habilidades que poseen las mujeres naturalmente	Las habilidades identificadas son asociadas como propias de las mujeres y no se visualiza cómo aprenderlas

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, uno de los aspectos más importantes para la perspectiva de género así como para la posibilidad del cuidado de calidad tanto en niños como en personas mayores, es la satisfacción de quienes realizan las tareas de cuidado. En ambos discursos surge con mucha fuerza la idea de que para poder brindar cuidado de calidad, quienes realizan esta tarea deben estar en buenas condiciones para llevarla a cabo. En el caso del cuidado infantil, el discurso experto sostiene que aún cuando estén dadas las condiciones para el cuidado domiciliario o familiar, si quien está a cargo del cuidado no se encuentra satisfecho con la tarea o con los costos de la misma, es preferible que el cuidado se desarrolle en un centro infantil. En este sentido, se entiende que puede ser negativo para los niños que la persona a cargo del cuidado, por ejemplo las madres o abuelas no estén satisfechas con la decisión de relegar su participación en el mercado laboral para dedicarse exclusivamente al cuidado.

“(…) si dejan de trabajar pero en realidad están pensando que están perdiendo su carrera profesional, no pudiendo tener el ingreso que desearían, ahí se genera una situación que el niño la percibe y eso también complica el desarrollo” (Mujer, profesional de la salud mental).

En el caso del cuidado de las personas mayores, también se menciona este aspecto que tiene que ver con la disposición para poder cuidar con calidad, lo que puede verse obstaculizado si se parte de una obligación donde no hay posibilidad de optar para los familiares. Esta falta de opción va deteriorando el vínculo con la persona mayor, que repercute negativamente en el bienestar de ambos. En este caso se destaca que es imprescindible que quienes cuidan lo realicen por elección o vocación. Así, no sería recomendable que esta tarea tenga como único incentivo la compensación económica, sino que es deseable que las personas encuentren otras motivaciones para realizarla que permitan realizar su trabajo con calidad. La imposibilidad de optar entre brindar o no brindar cuidados implica no reconocer a los cuidadores también como sujeto de derechos.

E. Claves del cuidado extra-familiar

El cuidado institucional en ambos casos es valorado por los y las expertas como una opción de cuidado de calidad, si bien se pueden señalar diferencias.

En el caso del cuidado infantil, hay consenso en que los centros de cuidado son beneficiosos para el desarrollo de los niños así como para quienes asumen el cuidado en las familias, sólo apreciándose matices en la edad adecuada para el ingreso. Sin embargo, en el caso del cuidado de las personas mayores hay una opinión favorable a que las personas mayores vivan en hogares colectivos cuando la dependencia

es muy severa o cuando la persona no tiene el sostén afectivo adecuado y se encuentra sufriendo una gran soledad. En este caso, se trata de un último recurso, a diferencia del cuidado institucional para la primera infancia.

“(...) a partir del año es que es infinitamente mejor el desempeño de quienes concurren a una institución, en lenguaje, en estimulación, en desarrollo psicomotriz, son tres evaluaciones hechas y todas con grupos testigo de idéntica composición, la diferencia es abrumadora aún marcando deficiencias, la diferencia es enorme. Entre ir y no ir, es mejor ir, por lo menos claramente en esos sectores de población (...)” (Varón, autoridad pública).

“Yo creo que las residencias deberían estar destinadas a pacientes con alta dependencia, o con cuadros que en realidad la familia no podría hacerse cargo o que no hubiera vínculos familiares que fueran continentes y que pudieran brindar afecto, porque nunca hubo vínculos, entonces ahí sí creo que la residencia este, no hay más remedio. Pacientes muy dependientes que tienen trastornos de comunicación, que están inmovilizados, incontinenencia doble, digo, esos pacientes con demencia o con trastornos de conducta, esos en realidad este, es muy difícil que solucionen en la familia, porque tienen que tener una estructura muy grande que la familia no puede contener y no lo va a hacer bien tampoco” (Mujer, profesional de la salud).

De esta manera, en el caso del cuidado infantil, el centro aparece como una opción positiva en todos los niveles socioeconómicos y situaciones familiares, a diferencia del cuidado institucional de adultos donde aparecen varios factores a considerar antes de tomar esta decisión.

“Depende de muchas cosas: digamos, del nivel socio económico de la familia es un punto a considerar, de la integración del núcleo familiar es otro, de la idoneidad para los cuidados de ese grupo familiar o de esos cuidadores familiares es otro, de los recursos, como dijimos del nivel socio económico se refiere al nivel de recursos socio económico pero también el nivel de recursos de alguna manera, intelectuales, culturales, afectivos, para poder cuidar” (Mujer, profesional de la salud).

La opción de la residencia como último recurso se observa también, como hemos mencionado, en la recomendación del discurso experto de que la persona mayor permanezca en su vivienda lo máximo que se pueda siempre que su nivel de dependencia lo permita y realizando las adaptaciones a la misma para mantener la autonomía de la persona mayor y evitar riesgos.

De forma similar, en el caso de los datos para la población uruguaya que surgen de la Encuesta de Representaciones Sociales del cuidado, el 7% de los menores de 69 años optaría por cuidados en una residencia de calidad para sus padres.

Respecto a las cualidades ideales de los centros de cuidado, se destaca en ambos casos la necesidad de un vínculo cercano con las familias, basado en una fluida comunicación.

“Un muy buen vínculo con las familias, un lugar abierto a las familias. Un lugar que se pueda entrar y salir, tampoco invadiendo, regulado pero no que se genere eso de que es un lugar fantasma. Ideal sería abierto a la comunidad, pero es más complejo” (Mujer, profesional de la educación).

En el caso de los centros de larga estadía para adultos mayores se hace necesario que promuevan el vínculo con los familiares, pero que también permitan a las personas mayores no solo vincularse con la familia sino con vínculos sociales extra familiares.

“Una integración de la familia importante, una búsqueda de la integración, o sea, facilitar que reciba vínculos (...) si hay una buena red, una buena red para que el adulto mayor esté integrado a la comunidad, hay casas de salud que los llevan a misa, me parece excelente, si quiere ir a misa ¿no? o que los llevan a algunos partidos, o que ellos se encargan de llevarlos

a los cumpleaños de los familiares, me parece excelente eso, es un indicador de buena calidad, se interesa por el viejo, el mercadeo ahí va para el adulto mayor “dormís acá y te cuidamos acá, y tenés tu familia que te quiere igual que siempre” o sea, no es apartar la familia, si no sumar elementos (Varón, profesional de las ciencias sociales).

**CUADRO II.6
CARACTERÍSTICAS NECESARIAS PARA EL CUIDADO DE CALIDAD EN LOS CENTROS
DE CUIDADO SEGÚN EL DISCURSO EXPERTO**

Dimensión	Centros infantiles	Centros personas mayores
Infraestructura	Acorde a la edad	Instrumentos de rehabilitación
	Que no contenga riesgos	Adaptado a las necesidades de personas mayores buscando la promoción de su autonomía
Recursos Humanos	Equipos multidisciplinarios	
	Formación	
	Pocos niños y niñas por adulto y adulta	Pocas personas
	Equipos estables	Características personales: Empatía, tolerancia
Vínculos	Comunicación fluida	Flexibilidad horaria para las visitas
		Que permita centrarse en las tareas de desarrollo de vínculo afectivo
	Apoyo a las familias en el mejor desempeño de la función del cuidado	
	Centros abiertos a la comunidad	
Propuesta	Respeto a la singularidad de cada niño o niña y su familia	Promoción de la autonomía
	Diseñada, planificada	Mantenimiento del vínculo con la familia

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al cuidado remunerado en el hogar, la opinión del discurso experto sobre las bondades del cuidado en domicilio por personas remuneradas es diferente para estas poblaciones. En el caso de los niños, si bien el enfoque médico lo recomienda en los primeros dos años debido a aspectos sanitarios del cuidado, esta opción no es muy recomendada por el grueso de expertos debido a que se desconfía de una persona sola en el hogar con un niño o niña que no puede comunicar lo que sucede. Asimismo, no se recomienda porque puede resultar en un cuidado pasivo que no estimule al niño o niña, confiando que en los centros infantiles está más garantizada la estimulación.

En el caso del discurso experto en personas mayores, esta opción sí aparece como deseable porque mantiene a la persona con sus pertenencias en su casa, sin que sufra el desarraigo usual al vivir en un hogar colectivo. Pero se hace aquí un mayor énfasis en la formación de las cuidadoras o cuidadores a domicilio. Podría decirse que en el caso de la primera infancia, de encontrarse una persona de confianza, el cuidado domiciliario podría ser una opción en los primeros años. Sin embargo, en el caso de las personas mayores, aparece como imprescindible la formación especializada.

III. Conclusiones

A partir del análisis de los discursos expertos en personas mayores y en niños, en primer lugar podemos afirmar que en ambos casos surge con fuerza la idea del cuidado compartido, es decir, la necesidad del cuidado con la participación de más de un actor. Como se ha señalado, esto implica que el cuidado no sea exclusivamente familiar, abriendo la participación a otros actores como el mercado, el Estado y la comunidad. Cabe recordar que el compartir el cuidado no significa sólo dedicar algo de tiempo al mismo, sino asumir como otro actor su responsabilidad.

En segundo lugar, un hallazgo de relevancia es la identificación de enfoques diferenciados dentro del discurso experto, con diversas conceptualizaciones y niveles de profundización teórica sobre el cuidado, así como con diversos énfasis respecto a las claves del cuidado de calidad, tanto para el cuidado infantil como para el cuidado de las personas mayores.

En tercer lugar, uno de los aspectos destacados del discurso experto, es la centralidad de la dimensión vincular de los cuidados, con diferente énfasis en el caso infantil y de adultos mayores. La posibilidad de establecer vínculos estables y de calidad entre cuidadores y personas cuidadas se presenta como uno de los componentes centrales del cuidado de calidad particularmente en el caso infantil. A su vez, el discurso experto en el cuidado de adultos mayores enfatiza el componente psicológico del cuidado como medio para lograr promover la autonomía y de esa forma reducir la dependencia.

Este hallazgo resulta de particular importancia para la perspectiva de género al menos por dos razones. La primera de ellas es que la centralidad de lo vincular desplaza a la de las familias, ya que el discurso experto reconoce la posibilidad del establecimiento de vínculos de calidad con otros sujetos cuidadores que no sean familiares. De esta manera, no ata la función cuidadora exclusivamente a las familias, lo cual permite compartir el cuidado con otros actores sin que el mismo pierda en calidad. Además de las familias, el cuidado puede ser llevado a cabo con otros actores como los centros infantiles, las residencias, los cuidadores remunerados y, al mismo tiempo, puede ser compartido entre varones y mujeres.

A diferencia de los pediatras en el caso de los niños y niñas que asumían con mayor frecuencia el enfoque “médico”, caracterizado por un mayor familismo, los geriatras parecen contemplar más una distribución equitativa del cuidado (cuidados familiares y extra familiares), aunque no son una opinión tan consultada ni por tanto una referencia tan relevante como lo son los pediatras en el caso de los niños.

Ahora bien, merece la pena llamar la atención sobre las diferencias encontradas entre los expertos de niños y adultos mayores sobre la función de las familias al cuidado. En el caso de las personas mayores la idea de que la familia debería dedicar tiempo al cuidado directo no está tan presente, sino que se hace

énfasis en la función de garantizar el cuidado de calidad. En el cuidado de personas mayores no se identifican cuotas de tiempo necesario como en el cuidado infantil, sino que lo clave es que se cumpla con la tarea de garantizar el cuidado de calidad, y se legitima que el cuidado directo sea provisto de forma extra familiar. Cuando se menciona el cuidado familiar en el caso de las personas mayores, si bien se reconoce que existe un mayor involucramiento de las mujeres de las familias en los cuidados esto queda oculto en la idea de que son las familias, como unidad, las que se encargan. Es decir que los roles que se asignan a las familias son percibidos sin el reconocimiento explícito de que son desempeñados por las mujeres de las familias. Recuérdese también que los expertos consultados encuentran límites frente al cuidado otorgado por las familias. Mientras que en el cuidado infantil las restricciones del cuidado familiar se vinculan a la edad de los niños (a determinada edad es recomendable el cuidado institucional), en el caso de las personas mayores los límites al cuidado familiar están relacionados fundamentalmente al grado de dependencia.

La segunda razón refiere a que el establecer vínculos de calidad conlleva buenas condiciones para ambos sujetos de la relación, por lo que la mejora en las condiciones de quienes cuidan es condición sine qua non del cuidado de calidad. De esta manera, no es concebible un vínculo de calidad, y por lo tanto el cuidado de calidad, si quienes brindan el cuidado no se encuentran en buenas condiciones emocionales, sanitarias, económicas, de realización personal, entre otras. Esta condición se presenta tanto si se trata de cuidadoras remuneradas como de no remuneradas, ya sean familiares o no familiares.

Al poner el acento en las personas que cuidan (discurso sobre adultos y adultas mayores) y en su posibilidad de fomentar autonomía, se coloca el énfasis en sus características y en la necesidad de tener conocimientos que le permitan hacerlo. En muchos casos no son los familiares las personas capacitadas para cumplir con este objetivo. Es por esto que este discurso permite la inclusión de soluciones de cuidado extra familiares y en casos de alta dependencia los promueve, porque solo a partir de tener conocimiento sobre la dependencia se puede lograr la promoción de la autonomía.

Esto nos lleva, en cuarto lugar a otro hallazgo a destacar del análisis del discurso experto: la importancia de pensar en ambos sujetos del binomio cuidador-persona cuidada a la hora de concebir y diseñar las políticas públicas de cuidado.

En quinto lugar, entendemos que desde el enfoque de género y derechos, desde el cual partió este análisis, es necesario destacar la convivencia en el discurso experto de visiones más propensas al cuidado compartido y a una distribución más equitativa del cuidado, con la participación de varios actores y basada en la deconstrucción de estereotipos de género, con visiones más rígidas sobre rol familiar-femenino (materno en el caso infantil) insustituible. Desde esta visión más tradicional, se percibe también la falsa contraposición de derechos que opone los derechos de adultos mayores y niños y niñas a los derechos de las mujeres, desde una conceptualización del cuidado que desconoce el aspecto relacional del mismo.

Finalmente, en sexto lugar, cabe mencionar las referencias al cuidado de calidad. Al intentar definir qué se entiende por cuidado de calidad, son los expertos en adultos mayores los que pueden especificar con mayor precisión cuáles son las características ideales, mientras que en el caso del cuidado infantil se presentan más dificultades para indicar cualidades necesarias en el perfil de cuidador o cuidadora.

De acuerdo al discurso experto, uno de los componentes claves del cuidado es el vínculo afectivo, definiendo a los cuidados de calidad en gran medida por el componente de voluntad, de disposición subjetiva de las personas que lo realizan, y por tanto de elección de este trabajo como una “vocación”. Este énfasis pone en cuestionamiento, al mismo tiempo que invisibiliza, el componente de esfuerzo y de conocimiento que implica el trabajo de cuidado. Se aprecia una tendencia a naturalizar estas cualidades del cuidado, como si las características necesarias para realizar un cuidado de calidad fueran propias de las personas que cuidan y, siempre según el discurso experto, tendrían que “venir” con ellas. Este discurso llevado al extremo implica que las condiciones para cuidar quedarían por fuera de lo que es pasible de ser aprendido.

De esta forma al no incorporar la posibilidad de aprender estas habilidades, y al colocarlas como criterio de elección, se plantea una preferencia escondida hacia las mujeres en las tareas de cuidado, lo que claramente tiene consecuencias en la división sexual del trabajo y en los contratos de género.

Esta dificultad que presenta el discurso experto para poder objetivar las cualidades necesarias para poder brindar un cuidado de calidad no es alentadora desde la perspectiva de género, dado que la asociación con lo natural, intangible, tiende a mantener a las mujeres atadas al cuidado, dado que son quienes culturalmente se les ha atribuido este don innato del cuidado.

Finalmente señalamos que los y las expertos enfatizan en la importancia de promover la responsabilidad social respecto a las tareas de cuidado tanto de niños como de adultos mayores. Particularmente el saber experto señala que es imprescindible la presencia del Estado ejerciendo la función del cuidado desde diversas modalidades y para todos los sectores sociales así como la responsabilidad del Estado en el acompañamiento de las familias para que éstas desempeñen esta función en mejores condiciones desde una visión universalista. Se subraya además la necesidad de que se implemente un abanico amplio de propuestas variadas que permitan la posibilidad de elección para las familias según sus condiciones, recursos y expectativas en torno al cuidado, con distintos énfasis en el caso de adultos mayores y de niños.

IV. Bibliografía

- Aguirre Rosario (2008) “El futuro del cuidado” En: Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Irma Arriagada (editora). CEPAL, SIDA, UNIFEM, UNFPA. Santiago de Chile.
- Batthyány, Karina (2004), “Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?”, Montevideo, Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)/ Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- Cepal (2006): La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Síntesis: Acceso, funcionamiento y solidaridad. Síntesis del Trigésimo período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006, Santiago de Chile, CEPAL.
- Guzmán V. - Salazar R. (1992) El Género en el debate de las políticas públicas. Ponencia presentada al II Congreso Nacional de Ciencia Política. IQUIQUE. Noviembre de 1992.
- Montaño, S. (2010). El cuidado en Acción, Cuadernos de la CEPAL No. 94. CEPAL-UNIFEM, Santiago de Chile.
- Pautassi, Laura (2010), “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social”, en: *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*, Sonia Montaño Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), Cuadernos de la CEPAL, N° 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Tobío, C. et al “El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI” Colección Estudios Sociales No. 28. Fundación la Caixa, Madrid, 2010.



NACIONES UNIDAS

Series

C E P A L

Asuntos de Género

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

123. El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género: análisis comparativo sobre el cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay, (LC/L.3687), 2013.
122. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro, (LC/L.3678), 2013.
121. Las relaciones de género entre la población rural de Ecuador, Guatemala y México, (LC/L.3561), 2012.
120. Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas, (LC/L.3560), 2012.
119. La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas, (LC/L.3557), 2012.
118. Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010). (LC/L.3531), 2012.
117. La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados, (LC/L.3530), 2012.
116. Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica, (LC/L.3519), 2012.
115. Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Ecuador, (LC/L.3518), 2012.
114. Inventario de la información estadística, indicadores y explotación de fuentes sobre etnia, raza y género en los países de América Latina y el Caribe, (LC/L.3441), 2012.
113. Enquêtes auprès des ménages en Haïti et perspective de genre (1999-2005), (LC/L.3442), 2012.
112. Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria, (LC/L.3417), 2012.
111. Medición de los ingresos monetarios individuales: Una mirada desde la perspectiva de género, (LC/L.3440), 2012.
110. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe, (LC/L.3417), 2011.
109. Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina?, (LC/L.3416), 2011.
108. La paridad política en América Latina y el Caribe. Percepciones y opiniones de los líderes de la región, (LC/L.3407), 2011.
107. Uso del tiempo de mujeres y hombres en Colombia. Midiendo la inequidad, (LC/L.3298-P), N° de venta: S.11.II.G.19, 2011.
106. Honduras: una aproximación a la situación de las mujeres a través del análisis de los indicadores de género, (LC/L.3283-P), N° de venta: S.11.II.G.8, 2011.
105. Agendas legislativas y parlamentarias para el desarrollo de los derechos de las mujeres en América Latina y el Caribe, (LC/L.3234-P), N° de venta: S.10.II.G.36, 2010.

ASUNTOS DE GÉNERO RO

123

ASUNTOS DE GÉNERO RO

ASUNTOS DE GÉNERO



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org