

El discurso experto sobre el cuidado desde una perspectiva de género: análisis comparativo entre el cuidado infantil y de adultos/as mayores en Uruguay

The expert speech of Care from a gender perspective: a comparative analysis between the child and adult care in Uruguay

KARINA BATTHYÁNY*

NATALIA GENTA**

VALENTINA PERROTTA***

* Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Constituyente 1502, CP 11200. Montevideo, Uruguay. *E-mail:* karina.batthyany@cienciassociales.edu.uy

** Asistente de investigación Grado 2, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. natalia.genta@cienciassociales.edu.uy

*** Ayudante de investigación Grado 1, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. *E-mail:* valentina.perrotta@cienciassociales.edu.uy

Resumen

El objetivo de esta publicación es presentar un análisis comparativo acerca del significado del cuidado de calidad de niños/as 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. Los y las expertos/as enfatizan la importancia de promover la responsabilidad social respecto a las tareas de cuidado tanto de niños/as como de adultos/as mayores a partir de una distribución más equitativa de los cuidados entre familias, Estado y mercado y entre varones y mujeres.

Palabras clave: discurso experto, cuidados, género, políticas públicas.

Abstract

The aim of this publication is to present a comparative analysis of the meaning of quality care in expert discourse for children and elderly people from a gender and rights perspective. The study of expert discourse allowed to recognize the presence of stereotypes, opinions, beliefs, values and practices guiding norms that influence social representations that people construct. The experts emphasize the importance of promoting social responsibility to care from a more equitable distribution between family, State and market and between men and women.

Key words: expert discourse, care, gender, public policy.

Introducción

Uruguay, hace ya tiempo, viene siendo un país caracterizado por su tradición en materia de protección social. Sigue en esa línea el protagonismo que hoy adquiere por ser uno de los países representativos de la región en dicha materia. Esto es así, principalmente, porque tiene al cuidado como un asunto relevante para la agenda pública social, considerándolo como un cuarto pilar del régimen del bienestar.

En el año 2010, el gobierno uruguayo inicia el proceso de diseño del Sistema Nacional de Cuidados, convocando a numerosos actores estatales y a la ciudadanía en su conjunto a sumarse al debate acerca de las necesidades de cuidado del país y al tipo de políticas que debían ser promovidas. El Sistema se propone transformar el modelo familista vigente hacia uno de corresponsabilidad social entre varones y mujeres y entre Estado, mercado, familias y comunidad. El objeto son políticas que generen cambios en la actual división sexual del trabajo, a través de distintos mecanismos institucionales de regulación y oferta de servicios.

En el marco del debate sobre el Sistema Nacional de Cuidados, las autoras del presente artículo comienzan a trabajar sobre ciertos vacíos de conocimiento identificados con anterioridad (Aguirre 2009). Uno de ellos estaba vinculado al estudio de las representaciones sociales de la población en relación al tema. El estudio de las representaciones sociales del cuidado permite orientar la formulación de políticas a través de la identificación de las barreras culturales para la aceptación de distintos servicios. Asimismo, permite elaborar una línea de base previa a la puesta en marcha del sistema que podrá volver a medirse luego de la implementación.

Al mismo tiempo, hace visibles las creencias, los valores, los supuestos ideológicos que construyen, con base en las diferencias biológicas, las desigualdades sociales entre mujeres y varones. El conocimiento de estos elementos es clave para su transformación y su consideración en las políticas públicas que promueven la equidad de género.

Existen variados factores que influyen en la construcción de las representaciones sociales en torno al cuidado. Una de ellas, que interesó particularmente, es el discurso proveniente del saber experto en cuidado infantil y en personas mayores. Los y las expertos en contacto con estas poblaciones, transmiten sus propias valoraciones acerca de las distintas modalidades de cuidado al aconsejar o ser consultados como referentes en las temáticas.

Se partió de la relevancia que tiene este discurso en las representaciones y decisiones de los individuos, las familias, así como en las de las políticas públicas respecto a las modalidades de los cuidados (quién, cómo y dónde debe ser realizado). El estudio del discurso experto permite 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.

La hipótesis central postulaba que el discurso experto no era neutro respecto a los roles asignados a varones y mujeres sino que, por el contrario, formaba parte de los mecanismos e instituciones que conformaban el sistema de género, sustento de la división sexual del trabajo.

El objetivo de esta publicación es presentar un análisis comparativo acerca del significado

del cuidado de calidad de las personas dependientes (niños/as y personas mayores) desde la perspectiva de género y derechos a partir del discurso experto.

La presente publicación fue realizada por el grupo de investigación sobre sociología de género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de la República) bajo la dirección de Karina Batthyány. 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)¹ y (ii) estudio realizado en el marco de un convenio con el Instituto del Adulto Mayor (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

I. La distribución de los cuidados en Uruguay

En estos últimos años, Uruguay ha avanzado en la incorporación del tema de los cuidados a la agenda pública debido a una serie de factores, entre ellos la existencia de estudios académicos que aportaron conceptualizaciones y evidencias, la nueva información estadística oficial sobre los tiempos de cuidado, la acción de las organizaciones sociales y la decisión política de replantear el modelo de bienestar. En

el país se ha comenzado a discutir la necesidad de diseñar un Sistema Nacional de Cuidados como un nuevo pilar dentro del sistema de protección social (Aguirre 2010).

Sin embargo, en el estado actual del régimen de bienestar del país, existe una gran carga de trabajo de cuidados que asumen las familias y particularmente las mujeres de las familias, y es muy reducido el margen de responsabilidad compartida con el Estado, el mercado y la comunidad. El país se enfrenta a lo que se denomina una crisis de cuidado que pone en duda que el régimen pueda continuar funcionando de esta forma. Esta crisis está configurada por un aumento de las necesidades de cuidado y una reducción de la oferta disponible para satisfacerlo.

Asistimos, en primer lugar, a un incremento de la demanda de necesidades de cuidado relacionadas sobre todo al proceso de envejecimiento de la población, caracterizada por un aumento de las personas mayores de 65 años, una reducción del número de hijos/as y una mayor expectativa de vida por los cambios en las condiciones de salud. Uruguay, con el 14.1% de personas mayores de 65 años para el año 2011 (según establece el último Censo), se encuentra junto a Argentina en el grupo de países de envejecimiento avanzado del barrio, pioneros en el asunto a nivel de América Latina, a los cuales se agregan Cuba y varios países del Caribe (CEPAL 2002).

Por su parte, el aumento sostenido desde los años 70 de la incorporación de las mujeres en el mercado de empleo (tasa de actividad de 55.6% para 2013) junto con una mayor búsqueda de autonomía, reducen el número de mujeres disponibles en forma exclusiva para estas

¹ Este proyecto contó con el apoyo adicional del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), y de la División de Asuntos de Género de la CEPAL.

tareas. En forma paralela, se producen ciertas transformaciones familiares caracterizadas por la reducción de la proporción de hogares biparentales con hijos en donde el varón es el único sostén económico del hogar y la mujer es ama de casa a tiempo completo, lo que también reduce la cantidad de personas disponibles para brindar cuidado. Uruguay se ubica entre los países de la región que presenta el porcentaje más bajo de familias tradicionales formadas por hombres proveedores económicos y mujeres amas de casa (CEPAL 2004).

A pesar de esta denominada crisis, actualmente la resolución de las necesidades de cuidado se continúa cubriendo a través del trabajo de las familias, siendo las mujeres las principales proveedoras.² En los sectores de menores ingresos existe una mayor dependencia de la cobertura pública y una distribución más tradicional en el hogar; el varón se inserta en el mercado laboral a tiempo completo y las mujeres realizan las tareas de cuidado en el hogar. Por

su parte, los sectores medios no acceden a la cobertura pública que es focalizada en los sectores de menores ingresos y dependen del acceso al sector privado para comprar servicios de cuidado en el mercado. En los últimos años se ha desarrollado un sector mercantil con servicios de relativa calidad para los sectores de altos ingresos; para los de bajos ingresos se establecen servicios comunitarios con financiación estatal, mientras que los sectores medios trabajadores tienen que recurrir a sus familiares. En este caso, las restricciones económicas y la vigente división sexual del trabajo imponen una mayor carga global de trabajo para las mujeres quienes se ven ante la tensión de articular ambos tipos de labores (Salvador 2010). Esta sobrecarga de empleo no remunerado en las mujeres condiciona el acceso y la permanencia en el mercado laboral, oportunidades de capacitación y su autonomía presente y futura.

II. El concepto de cuidado

La noción de cuidado se ha vuelto clave para el análisis y la investigación, con perspectiva de género, de 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 los años 70 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,

² Respecto al cuidado infantil, la cobertura pública es del 28.7% de los niños de 0 a 3 años de edad para el año 2009. El 24% de los niños de 0 a 3 años de Montevideo asisten a un servicio de cuidado infantil privado, siendo 50% la cobertura en el estrato alto y 7,5% en el bajo (Salvador 2010). Por su parte, solo pocos sectores productivos disponen de permisos para atender a los hijos/as en caso de enfermedad. Asimismo la cobertura pública gratuita es a partir de los 4 años y en las edades de 0 a 3 es en donde se encuentran las mayores dificultades de articulación entre cuidado y trabajo. Las transferencias económicas existentes están destinadas a familias con bajos ingresos y en el marco de políticas de combate a la pobreza. Solo existen cuidados públicos para niños entre 2 y 3 años de los quintiles más bajos, los cuales cubren a un porcentaje bajo de la población y no llega a solucionar todas las horas de una jornada laboral. Respecto a las personas mayores, se estima que entre el 5 y 7% viven en instituciones de larga estadía, de los cuales el 90% son privados. Además, el 60% de los adultos mayores de Montevideo está afiliado a servicios de ayuda en momentos de necesidad de cuidados médicos. (Salvador 2010). Por su parte, no están desarrollados servicios de cuidado ni sistemas de apoyo en domicilio para el cuidado de adultos sino que lo que existe es una cobertura bastante amplia de jubilaciones y pensiones, sumado a facilidades en el acceso a vivienda y salud para personas mayores en situación de pobreza.

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 él. 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 caracteriza a 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.

II.1. El cuidado como derecho

Una dimensión importante a considerar es la del cuidado como derecho, dimensión aún poco explorada a nivel investigativo 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. Este desafío consiste 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, estén 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 tanto derecho universal establecido en beneficio 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.

El derecho al cuidado, reconocido e incluido en pactos y tratados internacionales, aún está en “construcción” desde el punto de vista de su exigibilidad. Por ello mismo, es importante mencionar que tiene algunas implicancias que sería necesario reconocer. En primer lugar, el derecho al cuidado implica recibir las atenciones necesarias 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 recibir atención en el marco del cuidado familiar no remunerado no puede tomarse como una obligación sin posibilidad de elección. Refiere, por tanto, a la posibilidad de elegir otras alternativas de atención que no sean necesariamente, y de manera exclusiva, el cuidado familiar no remunerado. Esto no significa desconocer las obligaciones incluidas en leyes civiles y tratados internacionales. Muy por el contrario, esto implica encontrar mecanismos para compartir dichas obligaciones. Este punto es particularmente sensible para las mujeres que, como se mencionó, son quienes cultural y socialmente están asignadas a esta tarea. Cabe mencionar también, por último, 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

(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 a esta práctica social: avanzar hacia su reconocimiento e inclusión positiva en las políticas públicas.

II.2. 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” Aguirre (2008) retoma los planteos de las analistas feministas sobre los regímenes de bienestar presentando dos escenarios opuesto: En un 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. Este modelo 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. Mientras que en un régimen “desfamiliarizador”, hay una derivación hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. En él, al contrario del anterior modelo, 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, por lo general, desventajas.

Es interesante la reflexión que Tobío (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 porque la disponibilidad es ahora menor. Aquí están incluidas las actividades relacionadas con el cuidado de las personas, además de las vinculadas a las áreas educativas y de salud.

Según Guzmán y Salazar (1992) las políticas públicas son opciones políticas y temas de decisión de las autoridades, dado que se ha producido una demanda social canalizada como una opción política. Es debido a esta naturaleza que no pueden ser consideradas como simples actos administrativos del poder central, sino que son 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 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.

III. Apartado Metodológico

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 atención, así como también las valoraciones sobre lo que se considera socialmente legítimo en cuanto a quién, cómo y dónde proporcionarla. Se parte del supuesto de que las valoraciones sobre lo que se considera socialmente legítimo están influenciadas por el discurso experto. Se entiende por discurso experto a aquel que resulta legítimo por ser referencia para las prácticas de cuidado que adoptan las familias. Esto es debido, por una parte, a su especialidad o profesión. Por otra, a que están en contacto directo con la población dependiente; o bien, debido a que cumplen funciones de diseño y gestión de las políticas destinadas a esta población. Se considera que son representantes del discurso experto aquellos profesionales o técnicos que provienen de las áreas de la salud, entre las que se incluye la salud mental, la educación y la gestión pública sobre infancia y personas mayores.

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. Este discurso 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/as mayores, así como de

aquellos que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado.

Como fue señalado anteriormente, este artículo toma como insumos dos investigaciones que tenían como objetivos analizar el discurso experto sobre el cuidado de calidad de niños y adultos/as mayores desde la perspectiva de género. Se proponían como objetivos específicos i) analizar los componentes del cuidado de calidad de niños/as adultos/as mayores según el discurso experto desde la perspectiva de género, ii) Analizar la distribución de responsabilidades y competencias que el discurso experto asigna a los diversos actores involucrados en el cuidado así como a varones y mujeres y iii) Analizar las implicancias que tiene el discurso experto infantil y de adultos/as mayores para el ejercicio de una ciudadanía plena para las mujeres.

Las dimensiones de análisis abordadas abarcaron la definición del buen cuidado o de calidad, las competencias y cualidades requeridas para las personas que cuidan, los ámbitos preferenciales para realizar la actividad (familias, centros de cuidado, cuidadoras remuneradas en domicilio), las ventajas y desventajas de diversas modalidades de cuidado, el rol de la familia 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/as concurren a los centros infantiles o las circunstancias deseables para la institucionalización en el caso de los adultos/as mayores).

Con el fin de cumplir con los objetivos se utilizó una estrategia de investigación cualitativa, profundizando en los discursos y significados en relación al cuidado infantil y de adultos mayores del grupo de expertos/as. La fundamentación de esta estrategia se basa en que los objetivos de investigación definidos buscaban la comprensión e interpretación, en profundidad, de los componentes simbólicos del discurso experto sobre el cuidado infantil y de adultos/as mayores, aspectos que son mejor captados desde el enfoque cualitativo.

El tipo de análisis utilizado es el análisis de discurso. Este enfoque es utilizado frecuentemente en sociología, dado que permite reconstruir al sujeto (en este caso los expertos) desde el contexto de su práctica discursiva, porque a través del discurso se manifiesta el sentido de sus acciones (entre las que se incluyen sus representaciones), así como sus posiciones sociales, que en este caso sería su lugar como experto (Alonso 1998). El análisis de discurso nos permite interpretar el significado en base a la posición social que ocupan los sujetos analizados. En definitiva, nos permite entender las significaciones del colectivo que ellos representan. La interpretación sociológica de los discursos permite desde esta perspectiva un análisis contextual, donde los argumentos de los sujetos toman sentido en relación con un contexto específico (Alonso 1998).

Es relevante mencionar también que la técnica principal aplicada en estos estudios fue la entrevista en profundidad, a través de la cual se recorrieron las distintas dimensiones relevantes de la investigación, con el fin de que el entrevistado produzca un discurso continuo y no fragmentado. Cabe mencionar además, que se realizaron un total de 44

entrevistas, siguiendo el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss 1967), que se alcanza cuando se logran los objetivos de investigación con la información recogida. Esto implica que nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido.

El tipo de muestreo definido para esta investigación es el muestreo estratégico o de conveniencia. Este tipo de muestreo responde a una modalidad de muestreo no probabilístico, en el que la selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación (Cea D'Ancona 1996). Las muestras de este tipo deben ser seleccionadas de manera tal que contengan unidades que representen heterogeneidad discursiva que resulte teóricamente relevante. En este caso, el investigador no está tan interesado en la generalización como en la relación específica entre variables, de manera que quiere garantizar que su muestra contenga unidades suficientes de un tipo determinado (Padua 1979).

La muestra abarcó las distintas especialidades que conforman el saber experto, así como los distintos ámbitos involucrados en el cuidado de niños/as y personas mayores: autoridades de los organismos competentes, directivos/as de los servicios de cuidado, trabajadores/as del cuidado o activistas de la sociedad civil. Se buscó incluir el mayor abanico posible de especialistas que trabajaran con esta población y que estuvieran en contacto con la misma. Por esta razón, se consideró a quienes trabajan con esta población en forma "indirecta", tales como autoridades públicas, privadas, etc. Pero también a aquellos que se vinculaban de una manera más "directa", entre los cuales podemos mencionar a trabajadores/as de servicios de

cuidado infantil, servicios de acompañantes, de centros de larga estadía, entre otros. Así también, se seleccionó a personas ubicadas en distintos niveles jerárquicos dentro de sus organizaciones y con diferentes niveles educativos.

Considerando como hipótesis de partida la heterogeneidad del saber experto, se buscó que la muestra integrara profesionales, técnicos y políticos de diversas disciplinas y que estuvieran insertos en diversos ámbitos.³ Se utilizó la técnica de bola de nieve para acceder a los entrevistados/as partiendo de un listado de personas con los perfiles buscados. Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de junio y diciembre de 2012. La realización de las entrevistas, así como su transcripción y análisis

estuvo a cargo del equipo de investigación del Área de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

IV. El discurso experto en el cuidado de dependientes

IV. 1. Componentes principales del cuidado de calidad

Los expertos/as señalaron los componentes principales necesarios para la configuración del cuidado de calidad para niños/as 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/as expertos/as en adultos mayores existe un mayor consenso al respecto.

A continuación se presenta un cuadro que sintetiza y compara las principales características de lo que se entiende por cuidado de calidad presentes en el discurso experto de niños/as y adultos/as desarrolladas en los siguientes acápite.

³ Para analizar el discurso experto en el cuidado infantil se realizaron 20 entrevistas a profesionales de la medicina (pediatría y psiquiatría infantil), la psicología infantil, la educación, autoridades de infancia (salud, educación, desarrollo social) y especialistas de la sociedad civil en temáticas de infancia y en género. Respecto a las profesiones, la muestra se compuso de 4 profesionales de la Pediatría, 2 profesionales de la Psiquiatría infantil, 7 profesionales de la Educación, 3 profesionales de la Psicología infantil, 1 profesional de la Sociología, 1 de la Economía, 1 del Derecho y 1 psicoterapeuta familiar. En relación a los ámbitos de inserción 4 entrevistados/as se desempeñan en el ámbito privado, 5 se desempeñan en el ámbito público, 3 lo hacen en ambos ámbitos, 6 son autoridades de infancia pertenecientes a las instituciones que están involucradas en el Grupo de Trabajo del Sistema de Cuidados y 2 pertenecen a la sociedad civil. La distribución por sexo indica una clara mayoría femenina, 16 mujeres y 4 varones, lo cual responde a la alta feminización de las disciplinas involucradas. La mayoría de los varones entrevistados son autoridades públicas, lo cual da cuenta de la mayor presencia de varones en los cargos de decisión, aún en las temáticas tradicionalmente asociadas a la experticia femenina. En el caso del discurso experto del cuidado de adultos/as 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/a mayor en el Estado (Secretaría del adulto mayor, Centros de larga estadía de Banco de Previsión Social, Instituto del adulto mayor, etc.), directivos/empresarios y trabajadores/as de servicios de acompañantes y de centros de larga estadía privados, así como asociaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población. En relación a

las especialidades y ámbitos de inserción, 5 son médicos de distintas especialidades (3 de geriatría, 1 de cardiología, 1 de psiquiatría), 2 provienen de trabajo social, 4 de enfermería y/o de personas que cuidan a adultos/as mayores en forma directa, 7 fueron elegidas por ser autoridades públicas aunque entre ellos algunos provienen de varias disciplinas (2 psicología, 2 trabajo social, 1 sociología y 2 sin formación acreditada), 4 que son autoridades del ámbito privado (2 directores de servicio de acompañantes y 2 dueños de establecimiento) y 2 provenientes de asociaciones de la sociedad civil. La distribución por sexo indica una clara mayoría femenina, 19 mujeres y 5 varones. Los varones entrevistados están distribuidos en todas las categorías de entrevistados, siendo: 1 enfermero, 1 médico, 1 autoridad pública y 1 autoridad privada.

Cuadro 1. Enfoques en el discurso experto

Tipo de discurso	Niños/as			Adultos/as
	Psicológico-educativo	Médico	Político	Consensuado
Complejidad	Profundo y problematizador	Menos flexible y homogéneo	Pragmático y general	Profundo
Recomendaciones para el cuidado	Singular (niños/as y familias)	Regularidades	Soluciones macro	Regularidades pero interviene grado de dependencia y vínculo familiar
Aspecto clave del cuidado	Vínculos estables y de calidad	Aspectos sanitarios del cuidado	Visión economicista	Articulación aspectos sanitarios con psicológicos del cuidado
Enfoque	Más cercano a la perspectiva de género. Habilita la desfamiliarización	Niños/as como centro	Derechos de infancia Cuidado como inversión	Derechos de los/as adultos/as mayores. Habilita la desfamiliarización.
Influencia en las familias	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

IV.1. A. CUIDADO INFANTIL: TRES ENFOQUES QUE CONVIVEN

Tal como se observa en el cuadro, 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. En segundo lugar, se encuentra el enfoque “médico”, mayormente presente en los pediatras. En último lugar, uno denominado “político”, identificado con mayor frecuencia en los/as 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 mismo

debe garantizar la seguridad emocional del/la niño/a, generada a través de los vínculos con los adultos/as 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/as adultos/as o bien 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 la buena atención dependerá de los vínculos seguros que se establezcan con el/la niño/a. Este discurso se muestra más cercano a la perspectiva de género, posibilitando opciones de cuidado infantil extrafamiliares 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, el 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 una atención 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/as niños/as 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”, 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 se focaliza en aspectos macro de la política en construcción, 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/as, las respuestas en este caso no profundizan en lo relacional sino en la importancia que la inversión en la atención a los niños/as 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 0 a 3 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).

IV.1. B. 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/as consultados/as. Así, en cuanto a la definición de cuidados, los/as expertos/as 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 apoyarlos en las que han perdido.

La forma de garantizar el tipo de cuidado del que estamos hablando, tiene un componente material que incluye asegurarse todos los dispositivos adecuados para promover la reducción de la dependencia. Esto se encuentra vinculado con el apoyo en las necesidades de la vida diaria, particularmente hablando en términos de higiene y movilización.

Junto a los aspectos “materiales”, los expertos entrevistados enfatizan el componente psicológico de la labor, en la que coinciden con el enfoque “psicológico-educativo” en el discurso del cuidado infantil, que consiste en lo

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 que, consecuentemente, se promueva la autonomía, es determinante el comportamiento de la persona cuidadora. Es decir, estamos hablando de un cuidador que fomenta el principio de autonomía expresado. 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 de este 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, incluso los promueve. Como veremos más adelante, solo a partir de un conocimiento acabado sobre la dependencia, se puede lograr la promoción de la autonomía.

El énfasis en la autonomía en el caso del cuidado de las personas mayores, permite entender el vínculo entre cuidador/a y persona cuidada como componente central de la atención de calidad. Eso además permite entender al cuidado como derecho, especialmente en cuanto se valora las elecciones de la persona sobre quién y cómo debería ser cuidada. Ambos aspectos son claves para la perspectiva de género, ya que visibilizan a las personas responsables 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/as, que asumían con mayor frecuencia el enfoque “médico”, caracterizado por un mayor familismo, los geriatras parecen por su lado contemplar en mayor medida una distribución equitativa del cuidado. Para ellos, cuidados familiares y extra familiares valen por igual, 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 que la de los geriatras. Así sus posturas se constituyen en 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 puerta a 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.

IV. 2. A La función de las familias en el cuidado de niños/as y de adultos/as

El rol de las familias en el cuidado infantil y de personas mayores fue abordado con los/as expertos/as 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/as expertos/as identifican funciones exclusivas que deben ser llevadas a cabo por las familias. En el caso de la atención 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.

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/a 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/a 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 limpio, 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).

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 este 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. Por esto mismo, se hace difícil encontrar un sustituto del familiar en el mercado. Es decir, que se propone 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 debería 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 estas, 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 (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. Sin embargo, cuando el discurso psicológico-educativo destaca la importancia del vínculo para el cuidado de calidad, la posibilidad de un buen vínculo no está limitada a determinadas personas (padres, madres, abuelos/as) o instituciones. Por el contrario, el vínculo del que hablamos es un componente necesario, que debe estar presente para el cuidado de calidad y que puede ser desarrollado por diversos prestadores de este servicio. 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 servicio 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 estos/as 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 (...) El tiempo de afecto y de no hacer nada, no se sustituye con un buen colegio (Mujer, profesional de la salud mental).

Por otro lado, también se observa cómo, si bien se considera la realidad laboral de padres y madres, al culpabilizar a quien 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, tal mayor culpabilización femenina se deriva de la división sexual del trabajo que exige de las mujeres el cuidado directo, con dedicación de más tiempo que en el caso de los varones. El hecho de que el discurso experto, en este caso el médico, refuerce este mandato de género, tiene su impacto en el comportamiento de las mujeres evidenciado en las encuestas de uso del tiempo realizadas en el país.

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 uno 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 (Batthyány *et al.* 2013), en donde respecto al “deber ser” de hijos e hijas, alrededor del 60% de la población menor de 69 años opina que estos/as están obligados/as a garantizar el cuidado; es decir, a asegurar las condiciones para que se realice un servicio de calidad.⁴

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 reconocirme 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).

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

⁴ A diferencia de esto, en el caso de los niños/as, 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.

IV. 2. 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/as 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 manejo 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. Este 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 maternal” reconociendo su historicidad como noción construida culturalmente y aceptando que las mujeres no son necesariamente buenas 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. Por lo tanto, el amamantamiento no debería constituirse en una tarea forzada para todas las mujeres. 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).

El discurso experto reconoce que hay perspectivas que subrayan la existencia de ciertos aspectos biológicos que podrían establecer una diferencia en la atención que pueden 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 las cualidades necesarias para el cuidado a partir de la práctica. Es por ello que desmitificar esta idea, reconociendo y recomendando que el padre varón, aún sin haber experimentado el embarazo, pueda recuperar su “desventaja” a partir del contacto cercano con el recién nacido/a.

En el caso del cuidado de las personas mayores, 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/as entrevistados/as reconocieron la sobrecarga de que sean exclusivamente las mujeres de las familias las encargadas del cuidado de adultos/as mayores, señalando que esto incluye un gran esfuerzo emocional para estas.

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 (...) si es el familiar, o la familiar nadie le va a pagar para que lo cuide, prácticamente como que es "obligatorio" ¿no? (...) 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 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 sobre las personas mayores promueve el cuidado extra-familiar, porque reconoce las dificultades que tiene para los familiares la exclusiva y alta carga de involucramiento. Si bien no hacen explícita la sobrecarga de trabajo 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 (...) para que esa mujer se desarrolle como persona (Varón, profesional de las ciencias sociales).

Cabe señalar que el discurso experto señala la influencia que tiene la socialización en los roles de género tradicionales de los propios adultos/as sobre quién debería cuidarlos. Por tanto, 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. Específicamente plantean que las personas mayores optarían más que los menores de 69 años por el cuidado familiar (Batthyány *et al.* 2013).

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. 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/a 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 serlo por sus familiares mujeres, entra en contradicción con el respeto de los derechos de quienes realizan la tarea, que debería considerar lo deseado por las personas que cuidan y las condiciones en que lo hacen.

IV.3. ¿Cuáles son las características deseables de las personas que cuidan?

El siguiente cuadro sintetiza y compara las principales cualidades deseables en los cuidadores/as según el discurso experto de niños/as y de adultos/as mayores.

Cuadro IV.2. Cualidades deseables en los cuidadores/as de niños/as y adultos/as

Niños/as	Adultos/as
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

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/a. 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.

Debieran saber cómo se puede envejecer y que ese envejecimiento es heterogéneo, debieran tener nociones generales sobre hábitos saludables 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/a 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. En cuanto a la nutrición, se hace énfasis en conocer la importancia de una alimentación adecuada y poder proveerla como parte de la atención: “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. Cabe agregar que, según el saber experto, cuanto mayor es el grado de dependencia que se atiende, mayor es la necesidad de cubrir cuestiones vinculadas a la salud, tales como movilidad, prevención de accidentes, etc.

Una de las entrevistas rescata que uno de los conocimientos que debiera incorporar quien atiende es sobre su propio autocuidado. 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 estrés ocasionadas por las características propias del trabajo en cuestión.

...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 está, 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 cualidades 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. Se observó que todos/as los/as entrevistados/as entendieron al trabajo de cuidados como un acto de amor, siendo este mismo un componente central para definir un servicio de calidad. Es decir, si bien se manifiesta la importancia de 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. Se percibe como un acto voluntario, de disposición subjetiva. 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 un trabajo de este tipo.

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. Los atributos necesarios para atender, según este discurso, son, por un lado, la capacidad de tolerancia y paciencia. Por otro lado, la habilidad de generar empatía con la persona cuidada; y, por último, ser consciente de los costos asociados al trabajo que implica brindar cuidados, sobre todo vinculado a los costos afectivos o de estrés.

Esta característica se vincula con la necesidad de elegir la tarea de atender 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.

Uno de los riesgos asociados con el estrés generado por 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 una distancia adecuada con el fin de permitir a la persona cuidadora valorar de alguna forma su tarea como trabajo, al igual que como se valoran otras labores.

Ahora bien, al parecer las características necesarias para realizar un cuidado de calidad en los adultos son propias de las personas que han tenido experiencia y, según el discurso experto, ya tienen que venir con ellas. Es decir, estas habilidades quedarían por fuera de lo que es posible de ser aprendido. Al mismo tiempo, las características personales vinculadas a la tolerancia y 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 herramientas, 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 en que viven muchas veces las mujeres. Respecto a las cualidades requeridas para el

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

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

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

V. Conclusiones

A partir del análisis de los discursos expertos en personas mayores y en niños/as podemos afirmar las siguientes cuestiones. En primer

lugar, que en ambos casos surge con fuerza la idea del cuidado compartido, es decir, la necesidad de contar 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, podemos afirmar también que un hallazgo de relevancia es la identificación de enfoques diferenciados dentro del discurso experto, con diversas conceptualizaciones y niveles de profundidad teórica sobre el cuidado, así como con diversos énfasis respecto a las claves del cuidado de calidad, tanto para el infantil como para el 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/as y personas cuidadas se presenta como uno de los componentes centrales de la atención de calidad particularmente en el caso infantil. A su vez, el discurso experto en el cuidado de adultos mayores enfatiza el componente psicológico de la atención 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/as remunerados/as y, al mismo tiempo, puede ser compartido entre varones y mujeres.

A diferencia de los pediatras en el caso de los niños/as 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 llamar la atención sobre las diferencias encontradas entre los expertos de niños/as y adultos/as mayores sobre la función de las familias. 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 uno de calidad. En el cuidado de personas mayores no se identifican cuotas de tiempo necesario como en el infantil, sino que lo clave es que se cumpla con la tarea de garantizar el cuidado de calidad, legitimándose 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 este, tal factor 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.

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 realizan la tarea es condición *sine qua non* del cuidado de calidad. De esta manera, no es concebible un vínculo de calidad y, consecuentemente, un cuidado de calidad, especialmente si quienes brindan el servicio no se encuentran en buenas condiciones emocionales, sanitarias, económicas o de realización personal, por mencionar unas cuantas. Esta condición se presenta tanto si se trata de cuidadores/as remunerados como de no remunerados, ya sean familiares o no familiares. Al poner el acento en las personas que cuidan (discurso sobre adultos/as 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 esa precisa razón 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 relacionadas con esto.

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 mismo, 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/as a los derechos de las mujeres, desde una conceptualización del cuidado que desconoce el aspecto relacional de este. Finalmente, en sexto lugar, cabe mencionar las referencias al cuidado de calidad. Al intentar definir qué se entiende por esto, son los/as expertos/as en adultos mayores los/las 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/a.

De acuerdo al discurso experto, uno de los componentes claves de la calidad en el servicio es el vínculo afectivo, definiendo la calidad en gran medida por el componente de voluntad o disposición subjetiva de las personas que lo realizan y, por tanto, de elección de este trabajo como una “vocación”. Este énfasis simultáneamente cuestiona e invisibiliza el componente de esfuerzo y de conocimiento que implica el trabajo de cuidado. Se aprecia una tendencia a naturalizar estas cualidades del trabajo, como si las características necesarias para realizar un cuidado de calidad fueran propias de las personas que han tradicionalmente experimentado esta labor. Este discurso llevado al extremo implica que las condiciones para cuidar quedarían por fuera de lo que es posible 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 este tipo, 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 de un cuidado de calidad no es alentadora desde la perspectiva de género, dado que la

asociación con lo natural, lo intangible, tiende a mantener a las mujeres atadas al cuidado. Finalmente, señalamos que los y las expertos/as enfatizan en la importancia de promover la responsabilidad social respecto a las tareas de cuidado tanto de niños/as como de adultos/as mayores.

Bibliografía

Aguirre, Rosario. 2008. "El futuro del cuidado". En Irma Arriagada (Ed.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL, SIDA, UNIFEM, UNFPA.

_____. 2009. "Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado". En Aguirre, Rosario (Ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: UNIFEM- Editorial Doble clic.

_____. 2010. "Los cuidados entran en la agenda pública". *Revista de Ciencias Sociales* 27: 10-19.

Alonso, Luis Enrique. 1998. *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos.

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).

Batthyány, Karina, Genta, Natalia, Perrotta, Valentina. 2013. *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social

Cea D'Ancona, María Ángeles. 1996. *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.

CEPAL 2002. *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo N° 28. Santiago de Chile: CEPAL.

_____. 2004. *Panorama Social de América Latina*. Santiago: 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, 20-24 de marzo del 2006. Santiago de Chile: CEPAL.

Glaser, Barney y Strauss, Anselm L. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Guzmán, Virginia. y Salazar, Rebeca. 1992. "El Género en el debate de las políticas públicas". Ponencia presentada al II Congreso Nacional de Ciencia Política, Iquique.

Montaño, Sonia. 2010. *El cuidado en Acción*. Cuadernos de la CEPAL N° 94. Santiago de Chile: CEPAL-UNIFEM,

Padua, Jorge. 1979. *Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México: FCE.

Pautassi, Laura. 2010. "Cuidado y derechos: la nueva cuestión social". En Sonia Montaño (Coord.), *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Cuadernos de la CEPAL N° 94. Santiago de Chile: CEPAL-UNIFEM.

Salvador, Soledad. 2010. "Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay". Documento preparado para Seminario Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay. Santiago de Chile: CEPAL

Tobío, Constanza et al. 2010. *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales N° 28. Madrid: Fundación La Caixa.