

**Maestría en Género, Sociedad y Políticas**

**PRIGEPP- FLACSO**

**“El buen cuidado infantil desde el saber experto.**

**Implicancias desde la perspectiva de género”**

**Valentina Perrotta**

Tutora: Dra. Karina Batthyany

# Índice

1. Introducción.....	3
2. Antecedentes y justificación.....	5
3. Marco conceptual de referencia.....	8
3.1 Género y sistema de género .....	8
3.2 Aproximaciones a la noción de cuidado .....	9
3.3 La construcción social de la maternidad y su identificación con los cuidados.....	11
3.4 El cuidado y la ciudadanía social de las mujeres .....	14
3.5 El cuidado como responsabilidad pública.....	16
4. Identificación del problema .....	20
4.1 Déficit de cuidado .....	20
4.2 Desigualdades de género derivadas de la desigual distribución de los cuidados .	22
4.3 Oferta insuficiente de cuidado institucional y de políticas de cuidado.....	25
4.4 El Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay y la perspectiva de género .....	27
5. Hipótesis de investigación .....	30
6. Objetivos.....	31
7. Estrategia metodológica .....	32
8. Presentación de los principales hallazgos.....	35
8.1 El cuidado infantil de calidad: tres enfoques del saber experto.....	35
8.2 La importancia de la función del cuidado infantil .....	49
8.3 Cuidado familiar, en domicilio o en centro infantil ¿hay recetas unánimes? .....	51
8.3.1 El cuidado familiar y los roles de género .....	51
8.3.2 Cuidado en centros infantiles, ¿hay una edad ideal para el ingreso? .....	58
8.3.3 Condiciones necesarias para brindar cuidado de calidad en los centros de cuidado infantil.....	63
8.3.4 El cuidado domiciliario remunerado .....	65

8.4 Sobre el rol y cualidades de los y las cuidadores/as .....	67
8.5 Políticas de cuidado recomendadas .....	71
9. Reflexiones finales .....	84
10. Bibliografía.....	88

## 1. Introducción

El presente trabajo se propone realizar un aporte a la comprensión del cuidado a partir de un análisis del saber experto en cuidado infantil desde la perspectiva de género. El objetivo de la investigación se centró describir el “buen cuidado infantil” a partir del discurso experto y analizarlo desde la perspectiva de género, en el marco del diseño del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. Esto implica conocer en qué medida expertos y expertas en cuidado infantil en sus conceptualizaciones, valoraciones y recomendaciones en torno al cuidado, incorporan la dimensión de género, promoviendo o limitando una distribución más equitativa del cuidado y por tanto relaciones de género más justas.

Este trabajo se enmarca en el proyecto “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados: preferencias de la población y propuestas para el cuidado”, coordinado por la Dra. Karina Batthyány, llevado adelante durante 2011 y 2012, por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, en coordinación con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, y financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).<sup>1</sup>

Para alcanzar los objetivos planteados se implementó una estrategia cualitativa que indagó a través de entrevistas en profundidad el discurso de expertos y expertas en el cuidado infantil provenientes de la pediatría, psiquiatría, psicología, educación, políticas sociales así como decisores/as en la materia.

El trabajo se estructura de la siguiente forma. En primer lugar se fundamenta la relevancia del problema de investigación, donde se destaca la importancia social y política que adquirieron los cuidados en los últimos años en Uruguay, además de la necesidad de estudios que indaguen sobre cómo se incorpora la dimensión de género en este proceso de incorporación de los cuidados a la política pública nacional. A

---

<sup>1</sup> Este proyecto buscó aportar conocimiento a la temática del cuidado a partir de las representaciones sociales de la población uruguaya en cuanto a las situaciones más deseables para el cuidado de niños/as y personas adultas mayores, así como a las posibilidades que las familias tienen de participar en el cuidado y de articularlo con el trabajo remunerado. Para esto, se realizó una encuesta representativa de la población uruguaya (Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado). Asimismo, este proyecto incluía un módulo cualitativo que apuntaba a conocer las claves del saber experto en el cuidado infantil y sus impactos de género, cuyos insumos son la base de este trabajo monográfico. Agradezco los valiosos aportes de Karina Batthyány, como coordinadora del proyecto y tutora, así como los de Rosario Aguirre y Natalia Genta, integrantes del equipo de investigación del proyecto.

continuación, se presenta el marco teórico que guía la investigación, donde se destaca además de la noción de sistema de género y división sexual del trabajo, la noción de cuidado de la cual se parte y su vinculación con la identidad de las mujeres y con su débil ejercicio de ciudadanía. Se incluye también un apartado sobre la construcción social de la maternidad y su vínculo con los cuidados, así como los aportes teóricos sobre la incorporación de los cuidados como responsabilidad pública.

Se presentan luego las hipótesis de partida, la estrategia metodológica de la investigación y las principales dimensiones de análisis. En el siguiente apartado se analizan los principales hallazgos de la investigación, donde se parte de la definición del cuidado de calidad y sus dimensiones claves según el saber experto, identificando tres enfoques diferenciados que parten de concepciones distintas y que dialogan de diversa forma con el enfoque de género. A continuación se analiza la importancia de la función del cuidado según el saber experto y las posiciones respecto a los ámbitos preferenciales para el cuidado así como las apreciaciones sobre quiénes deben brindar el cuidado y qué cualidades son las necesarias para garantizar la calidad del mismo. El análisis incluye asimismo, las sugerencias que el saber experto brinda respecto a los servicios y políticas a crearse dada la situación actual de déficit de cuidado y el contexto de generación de una nueva política integral. Finalmente se presentan las reflexiones finales del estudio.

## **2. Antecedentes y justificación**

El debate sobre la provisión de cuidados a personas dependientes se encuentra instalado en la agenda pública en Uruguay fundamentalmente a partir de la decisión política del actual gobierno de implementar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados en el país. De esta manera, a partir de las contribuciones importantes realizadas desde la academia, la sociedad civil y los mecanismos de género del Estado para visibilizar a los cuidados como una problemática social, se logra integrar dicha temática a la política pública nacional. Este paso es fundamental hacia la concepción de la provisión de cuidados como una responsabilidad social y no sólo como una estrategia privada que debe resolverse en el marco de las familias. Para la creación de este Sistema, el gobierno ha convocado a múltiples actores a integrarse a la discusión y a la generación de propuestas. Estos actores representan diversos intereses y perspectivas en relación a la temática, derivados de las distintas disciplinas y especialidades a las que pertenecen, así como de los diversos grupos que representan y lugares que ocupan en el entramado social.

Así, encontramos por un lado quienes impulsan la temática del cuidado fundamentalmente basados/as en la premisa de que es necesario distribuir más equitativamente esta responsabilidad entre varones y mujeres y entre Estado, mercado y familias, promoviendo que el sistema incluya la perspectiva de equidad de género. Por otro lado, quienes defienden los derechos de las personas que fundamentalmente demandan cuidado: niños, niñas y adolescentes, pero también adultos/as mayores y personas con discapacidad.

Uruguay cuenta con investigaciones que visibilizan la mayor adjudicación de la responsabilidad sobre el cuidado de personas dependientes a las familias y en particular a las mujeres, y la mayor participación de éstas en el mismo, tanto en las prácticas vinculadas al uso del tiempo y estrategias de cuidado, como en las representaciones sociales que justifican su mayor dedicación. Así, se ha medido y comprobado la vigencia del contrato de género tradicional en la distribución de la responsabilidad respecto al cuidado de niños y personas dependientes (Batthyány, 2009), siendo las familias y las mujeres quienes cargan fundamentalmente con esta responsabilidad. Respecto al cuidado infantil, se ha constatado que la cobertura institucional de la

atención de los niños pequeños, especialmente aquellos comprendidos entre 0 y 3 años, es muy reducida (Batthyány, 2004). De los estudios realizados se concluye que no existe una política nacional integrada relativa a los servicios de cuidado infantil por lo que parece seguirse asumiendo que el cuidado de los niños es una tarea femenina, no remunerada y de baja valoración social (Batthyány, 2004). En tal sentido, continúa siendo un tema de la esfera privada, un problema de las familias y no se asume social o colectivamente, especialmente en el caso de los niños más pequeños. Los sectores con mayores necesidades de estos servicios son los que menos acceden a los mismos, lo que evidencia la adopción de estrategias diferenciales para el cuidado de los niños, según el tipo de familia y del nivel socioeconómico.

La adjudicación de la responsabilidad en la provisión de cuidados fundamentalmente a las mujeres impacta sobre sus posibilidades de desarrollo y de ejercicio de sus derechos en las diversas esferas de la vida social. La demanda del movimiento feminista de instalar esta temática en la agenda desde una perspectiva de género y derechos, ha sido recogida desde la institucionalidad pública en los diversos discursos y documentos que refieren al nuevo sistema en creación. Sin embargo, para poder garantizar la inclusión de la perspectiva de género en el nuevo sistema, aparece como necesario profundizar en los significados presentes en torno a la concepción del cuidado durante este proceso, los que guiarán las definiciones de la política pública. Fundamentalmente, resulta pertinente indagar sobre los significados que otorgan al cuidado aquellos grupos identificados como expertos en la temática, quienes diseñarán e implementarán en gran medida dicha política. De ahí la importancia de conocer sus percepciones al respecto.

De esta manera, este trabajo se centra en las representaciones en torno al cuidado infantil, y busca analizar el saber experto desde la perspectiva de género y derechos, a fin de profundizar en las implicancias que los significados de este discurso tienen para las relaciones entre varones y mujeres. Se pretende visibilizar las representaciones sociales que inciden en la construcción de la noción del buen cuidado infantil construidas por las diversas disciplinas que conforman el saber experto en la temática (pediatras, educadores/as, psicólogos/as, responsables de políticas sociales) y poder analizar cómo la división sexual del trabajo está presente en esas representaciones. La relevancia de este análisis está marcada por un contexto institucional de construcción, debate y definición de los contenidos del Sistema Nacional de Cuidados, donde resulta

fundamental deconstruir el discurso experto, que influye en gran forma en las prácticas y políticas de cuidado, para analizarlo a la luz de la perspectiva de género, procurando que el Sistema integre esta perspectiva.

### **3. Marco conceptual de referencia**

#### **3.1 Género y sistema de género**

En primer lugar, como se ha señalado, el enfoque central de este trabajo es la perspectiva de género, y es desde esta construcción teórico-metodológica, que se llevó adelante esta investigación. A continuación se mencionan algunas nociones claves de esta perspectiva, que resultan aportes fundamentales hacia la construcción del problema de investigación seleccionado.

Resulta necesario comenzar definiendo el concepto de *género* en el cual se sustentará este trabajo, dado que es una categoría que ha adquirido varias acepciones desde su aparición varias décadas atrás. Coincidimos con la noción de género que refiere a las formas históricas y socioculturales en que varones y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. Esta noción no hace referencia a las características directamente reductibles o derivadas de realidades biológicas o naturales sino a aquellas que varían de una cultura a otra según su manera de organizar la acción y la experiencia. Definido de esta forma el género es por tanto, una noción que apunta a la construcción social, al producto cultural que va estableciendo qué es propio del varón y de la mujer respectivamente y es por tanto una categoría relacional. A través de los procesos de socialización se asumen estas identidades y roles como propios de mujeres y varones, y por este mecanismo se naturalizan. Esta categoría permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de varones y mujeres en diversos ámbitos (Aguirre, 1998).

Es importante señalar a su vez, que concebimos al género enmarcado en un sistema más general, que se define como *sistema de género* y que refiere al “conjunto de elementos que incluye formas y patrones de relacionamiento social, prácticas asociadas a la vida social cotidiana, símbolos, costumbres, identidades, vestimenta, tratamiento y ornamentación del cuerpo, creencias y argumentaciones, sentidos comunes y otros variados elementos que permanecen juntos gracias a una débil fuerza de cohesión y que hacen referencia directa, o indirectamente a una forma culturalmente específica de registrar y entender las semejanzas y diferencias entre géneros reconocidos, es decir, en la mayoría de las sociedades humanas, entre varones y mujeres” (Anderson, 1997 en 2006).

Anderson (2006) distingue cinco caras o dimensiones del sistema de género. En primer lugar, lo concibe como un sistema de *clasificación* que enuncia las categorías que ordenan el mapa cognitivo que corresponde a este dominio. A su vez, lo define como un sistema de *reglas* constituido por leyes, normas sociales, costumbres y prácticas habituales, incluso de pensamiento, dado que existen sanciones y hay quienes vigilan el cumplimiento. A su vez, implica un sistema de *roles* definidos recíprocamente, de transacciones e *intercambios* que se producen entre personas “con género” y por último lo concibe como un sistema de símbolos, criterios y argumentos que definen *jerarquías* de valor y prestigio.

Los sistemas de género establecen relaciones de poder entre varones y mujeres, que definen ámbitos preferenciales para cada uno, para las mujeres el doméstico y para los varones el público. Estas relaciones se encuentran legitimadas en ideologías fuertemente arraigadas en el imaginario colectivo. Esta distribución de roles y tareas se conoce como *división sexual del trabajo*, e implica que el ámbito de lo doméstico (privado o “reproductivo”) sea asumido como el de desarrollo “natural” de las mujeres mientras el del trabajo remunerado (público o “productivo”) sea el propio de los varones.

El trabajo realizado en la esfera reproductiva, que consiste básicamente en la satisfacción de las necesidades cotidianas de los miembros del hogar, se denomina así no sólo porque involucra la procreación y cuidado de los/as niños/as sino también la reproducción social, es decir, la de los valores y costumbres de la comunidad. Es mayoritariamente llevado a cabo por mujeres y suele ser invisibilizado, no valorado y no remunerado. La noción de división sexual del trabajo que aporta la teoría de género es clave para este trabajo, fundamentalmente porque a partir de la misma, se atribuye a las mujeres la mayor responsabilidad en la provisión de cuidados.

### **3.2 Aproximaciones a la noción de cuidado**

Son varias las dimensiones que engloban la noción de cuidados que resultan relevantes para este trabajo. Partiremos de la definición de cuidado de Letablier (2001, en Batthyány, 2004), que propone al cuidado como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Esta acción abarca al menos tres dimensiones, la dimensión material que implica un “trabajo”, la

dimensión económica que implica un “costo”, y la psicológica que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental” (Letablier, 2001 en Batthyány, 2004).

Estas dimensiones hacen que prestar cuidado implique la realización de un *trabajo* dado que estas actividades cuestan tiempo y energía y además se asumen como obligaciones contractuales o sociales. El trabajo de cuidado presenta características específicas que son importantes de destacar. Siguiendo a Letablier, éste puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o de manera remunerada en el marco o no de la familia, lo cual hace variar su naturaleza. Para esta autora, la especificidad del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea en el marco de la familia o por fuera de ella. En el marco de la familia, su carácter, a la vez obligatorio y desinteresado, le otorga una dimensión moral y emocional. Fuera del marco familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de asistencia y preocupación por los otros. Se realiza cara a cara entre dos personas y genera lazos de proximidad, en una situación de dependencia, pues una depende de la otra para su bienestar y mantenimiento. (Letablier, 2001 en Batthyány, 2004).

Esta conceptualización va en línea con la realizada por Hochschild (1990 en 2008). Para esta autora, el cuidado refiere al vínculo emocional, usualmente recíproco, entre la persona que brinda el cuidado y el que lo recibe. En el marco de ese vínculo, la persona que brinda el cuidado se siente responsable por el bienestar de otros y lleva a cabo un trabajo mental, emocional y físico a fin de cumplir con esa responsabilidad. Por consiguiente cuidar a una persona implica interesarse por ella. Asimismo, el cuidado resulta de una gran cantidad de pequeños actos sutiles, conscientes o no que implican tiempo, sentimientos, actos y pensamientos.

Por otra parte, Batthyány (2004), siguiendo a Knijn y Kremer (1997), subraya que el cuidado de personas no es, por definición, en sí mismo, de carácter remunerado o no remunerado. Estas condiciones surgen como consecuencia de elecciones políticas, valoraciones culturales compartidas y estructuras de género. Asimismo, resalta dos características fundamentales del cuidado: el carácter genérico de quienes brindan cuidado y la posición social débil del receptor de cuidados. Así, el brindar cuidados es una actividad altamente genérica, y viceversa, es por medio del cuidado que la identidad genérica de las mujeres es construida. La posición de las mujeres en la familia, sus

oportunidades en el mercado de trabajo, su relacionamiento con parientes es definida en términos de su potencialidad de brindar cuidados y de la realización de su capacidad de cuidar. De esta manera Batthyány afirma que cuidado y feminidad son dos caras de la misma moneda. Si bien esta asociación se encuentra muy internalizada en la actualidad, profundizaremos en el siguiente apartado sobre el carácter construido de esta identificación de la femineidad con la maternidad y la provisión de cuidados.

### ***3.3 La construcción social de la maternidad y su identificación con los cuidados***

Carrasco, Borderías y Torns (2011) realizan un interesante análisis sobre los antecedentes históricos del trabajo de cuidados, desde una perspectiva historiográfica, sociológica y económica. Las autoras señalan que una de las primeras líneas de investigación de la historiografía feminista se basó en la desmitificación del esencialismo de las concepciones modernas de la maternidad, mostrando la variabilidad histórica y de clase tanto en las concepciones como en las prácticas asociadas a la misma. La deconstrucción del proceso de identificación histórica entre las nuevas identidades femeninas y la maternidad sigue siendo aún hoy uno de los temas clave de la historiografía de género para estas autoras. Resulta de gran pertinencia retomar sus principales aportes para este trabajo, ya que se enfatiza en la construcción social del concepto de maternidad y su identificación con los cuidados.

El trabajo señala que la organización social de los trabajos de cuidados y el lugar que ocupan en la sociedad actual son producto de un largo proceso histórico que comenzó a gestarse durante la transición al capitalismo liberal.

La división sexual del trabajo tal como la conocemos, variaba sensiblemente en los hogares preindustriales según los contextos socioeconómicos. En estos hogares se aunaban funciones productivas y reproductivas y hombres y mujeres participaban, según marcas de género y edad, en estas tareas, con distinciones que no respondían a los patrones actuales y eran más diversas que en siglos posteriores. En este contexto, el trabajo de cuidados era incompatible con las tareas realizadas por muchas mujeres, que lo delegaban en nodrizas o en otras mujeres de la familia y la vecindad. Por tanto, el cuidado no era naturalmente asociado a las madres. Las autoras sostienen que cuidar de

las criaturas no era propio de las mujeres de la burguesía y de la aristocracia, quienes dejaban estas tareas en manos del servicio doméstico.

Estas prácticas partían de concepciones distintas de la infancia, siendo frecuente que niños y niñas abandonaran el hogar a temprana edad para trabajar como sirvientes domésticos y aprendices en otros hogares. Respecto a la construcción social de la infancia, las autoras señalan que la disminución de la mortalidad infantil resultó un factor clave que convirtió a la infancia en un valor máspreciado a finales del siglo XIX, lo que aumentó el tiempo dedicado al trabajo de cuidados.

Las autoras relatan cómo durante el proceso de industrialización se gestó la nueva ideología de la domesticidad, a partir de cambios profundos y complejos en las características y condiciones del trabajo familiar doméstico. Señalan que la industrialización vació a la familia de sus funciones productivas donde también se configuró la masculinidad, asociando a los varones a la figura de “ganadores de pan”, y convirtiéndolos progresivamente en figuras “dependientes” del trabajo de reproducción cotidiana desarrollado por las mujeres de sus familias, el cual les permitía dedicarse enteramente a un trabajo de mercado que a mediados del siglo XIX podía ocupar hasta setenta y dos horas a la semana.

De esta manera, relatan las autoras, que la mercantilización de los procesos productivos realizados por las familias en las sociedades preindustriales situó los trabajos de cuidados en el centro del trabajo familiar doméstico, y la nueva ideología de la domesticidad situó a las mujeres como responsables “naturales” del cuidado, abriendo un proceso de resignificación de la maternidad en conflicto con las actividades productivas, un conflicto desconocido hasta entonces. En esta resignificación de la maternidad, se produce una nueva normativa sobre el cuidado infantil pero también sobre la identidad femenina y aquellas prácticas maternas que delegaban el cuidado en nodrizas o trabajadoras domésticas comienzan a ser cuestionadas por filósofos, médicos y estadistas, prácticas que hasta entonces resultaban naturales.

Se asienta entonces la figura de la madre como responsable fundamental del cuidado, bajo la supervisión del padre de familia. Las madres comenzaron a ser vistas como responsables de una población abundante y sana —la riqueza de los pueblos y la garantía de una nación poderosa—, y de su educación en los valores de la iglesia y el

Estado. Ellas debían entonces encargarse personalmente del cuidado, lo que llevó a cuestionar y demonizar al servicio doméstico encargado de estas tareas.

Las autoras relatan que estas nuevas representaciones no se impusieron sin dificultad, ya que permanecía muy arraigada la institución de la nodriza u otros sirvientes encargados de las tareas domésticas y de cuidado. El desplazamiento de los cuidados desde el servicio doméstico o “la comunidad” al ámbito privado de la familia, y de las redes femeninas de cuidados asalariadas o no, a la madre, fue un proceso ciertamente lento y dificultoso. Esta imposición también fue dificultosa en las clases trabajadoras, dadas las altas tasas de actividad femenina de la época, la expansión del trabajo fabril y la mayor rigidez horaria que imponía el mismo. Este problema traspasó el ámbito familiar para irrumpir con fuerza en el ámbito público en forma de reivindicaciones laborales, pero al mismo tiempo comenzaba a imponerse la idea de que la expulsión de las mujeres casadas del mercado de trabajo era la solución a la doble jornada en la mayor parte de las asociaciones obreras. Así, comenzó a considerarse como un signo de estatus el disponer de una esposa dedicada exclusivamente a los cuidados del hogar y de la familia.

Al mismo tiempo que se configuraba la nueva concepción de la maternidad asociada a los cuidados, desde finales del siglo XVIII se produjo otro fenómeno: la desvalorización económica del trabajo doméstico y la dependencia de las mujeres que se dedicaban mayoritariamente a este trabajo. Éstas fueron consideradas como “dependientes” de un “ganador-de-pan” y al mismo tiempo como inactivas o improductivas en tanto no asalariadas.

Las autoras señalan la contradicción de esta visión con la percepción que científicos y reformadores sociales, asociaciones obreras, médicos y políticos de todo el espectro ideológico mantuvieron respecto al papel crucial que el trabajo doméstico desempeñaba en el mantenimiento de los niveles de vida y bienestar de las familias en una sociedad aún sin Estado de Bienestar.

En este proceso, se responsabilizó a las mujeres por la salud, la vida y el bienestar de los hijos e hijas y del resto de los miembros de la familia bajo estrictas normas de higiene, desinfección, tratamiento de alimentos y nutrición, todo lo cual contribuyó a la prolongación e intensificación de las tareas domésticas. En este nuevo contexto, la buena madre era el ama de casa que aplicaba los nuevos principios científicos al

cuidado de los suyos. La educación para la “maternidad” pasó a formar parte de los sistemas de educación pública y privada a través de los curriculum específicos para las niñas a fines del siglo XIX. Anteriormente, la educación de las niñas se orientaba al aprendizaje de los oficios tradicionales femeninos, pues se esperaba de ellas que contribuyeran salarialmente a la economía familiar. En las primeras décadas del siglo XX los principios de la economía doméstica y las nuevas enseñanzas en puericultura, nutrición e higiene se sumaron a las enseñanzas escolares de las niñas. Los continuos cambios en las teorías médicas e higienistas, educativas, y, posteriormente, psicológicas, sobre el cuidado infantil, han incrementado y complejizado las tareas de cuidados de las madres.

Pero a pesar de esta inclusión en la educación, las autoras sostienen que estas tareas se fueron percibiendo de manera progresiva menos como trabajo y más como producto del amor maternal, indelegable por tanto en su dimensión emocional al servicio doméstico, y puesto, además, constantemente a prueba por su justa adecuación al discurso “experto”.

De esta manera, concluyen las autoras que los trabajos de cuidados se han construido históricamente en una estrecha interrelación entre su dimensión de trabajo -aun no siendo remunerado (trabajo experto, cualificado, normativizado)-, su dimensión emocional y de responsabilidad y su desempeño dentro de un sistema determinado de relaciones familiares y de género.

### ***3.4 El cuidado y la ciudadanía social de las mujeres***

El cuidado y las responsabilidades familiares son un tema sustantivo directamente relacionado al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Por un lado, porque la conciliación entre vida familiar y laboral, implica una dificultad importante para hacer efectivo dicho ejercicio. Por otro lado, como sostiene Pautassi (2010), porque el principio de igualdad de oportunidades ha sido interpretado como vinculado al mundo del trabajo en el ámbito público, desconociendo y relegando la esfera de la reproducción privada en la cual se producen importantes desigualdades.

Según subraya Batthyány (2004), siguiendo a Knijn y Kremer (1997), hay tres dilemas básicos de los cuidados que entendemos se vinculan al ejercicio de la ciudadanía y la

exclusión del cuidado de los derechos ciudadanos. El primero de estos dilemas está relacionado con el carácter público o privado de la responsabilidad del cuidado. Aquí se menciona la importancia de la calidad del cuidado proporcionado, lo cual depende directamente de las condiciones en que es ofrecido, teniendo implicancias en la ciudadanía de cuidadores/as y receptores de cuidado.

El segundo dilema se vincula con las características remunerada o no remunerada de la actividad de cuidar. En el mismo, influye la asimilación supuesta entre ciudadanía social y empleo pagado. Bajo este supuesto, la manera de alcanzar la autonomía (para convertirse en un ciudadano pleno) está estrechamente ligada a la capacidad de generar el ingreso propio, de convertirse en financieramente independiente. Este concepto de ciudadanía está completamente internalizado por los hombres, pero no así para las mujeres dado que los trabajos que realizan vinculados al cuidado y las responsabilidades familiares son generalmente de carácter no remunerado o mal remunerado, por lo que la capacidad de convertirse en ciudadanas plenas se dificulta.

El tercer dilema se relaciona con las características de dependencia-independencia del cuidado. Este dilema surge de la asociación de la necesidad de recibir cuidado con una forma de dependencia. Tanto quienes reciben cuidado como las mujeres que se dedican a cuidar tienen dificultades para alcanzar los estándares de autonomía, independencia o desarrollo personal que han sido definidos como inherentes al concepto de ciudadanía. En este sentido, estas autoras señalan que la forma de romper con este concepto de ciudadanía ligado a la autonomía implica aceptar que todas las personas necesitan cuidados, por lo que debe considerarse un derecho común a todos los ciudadanos.

Vinculado con esto, este trabajo concibe al cuidado desde una perspectiva de derechos. En este sentido, se define al cuidado como un derecho universal, y no como un derecho particular, de mujeres que cuidan o de grupos de personas dependientes. Pautassi (2010) sostiene que con relación al derecho a ejercer el cuidado en condiciones de calidad y el derecho a ser cuidado, se puede identificar un conjunto de derechos específicos ya reconocidos y que integran esta noción, como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud y a la educación, el derecho a la protección de la seguridad social, entre otros. La estrategia, según esta autora, no debe basarse únicamente en el reclamo de nuevos derechos, sino en darle efectividad a los derechos ya acordados. Por otra parte, no se trata de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen

necesidades no cubiertas, sino la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar(se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica.

De acuerdo con Pautassi, en el enfoque de derechos se explicita un reconocimiento de la relación directa existente entre el derecho, el empoderamiento de sus titulares, la obligación correlativa y la garantía, todo lo cual se conjuga en una potencialidad que puede actuar como una forma de restablecer equilibrios en el marco de situaciones sociales notoriamente desiguales.

### **3.5 El cuidado como responsabilidad pública**

Recientemente, como hemos mencionado, la temática de cuidados se ha incorporado a la agenda pública a partir de la decisión del gobierno uruguayo de instalar un sistema de cuidados. Esta incorporación se inscribe en un proceso de reforma del sistema de protección social en Uruguay, incorporando al cuidado como cuarto pilar de bienestar, junto a la educación, la salud y la seguridad social.

El presente trabajo de investigación se inscribe en el marco de este proceso de construcción de política pública de cuidados, donde resulta importante analizar de qué concepción de cuidado se parte. Hochschild (2008) define cuatro modelos de provisión de cuidado que aparecen en diferentes niveles en los discursos y políticas sociales. Se trata de modelos que pueden ser concebidos como tipos ideales, no existiendo de forma perfecta en la realidad. Estos modelos compiten entre ellos para ganar un espacio cultural en el discurso tanto privado como público, constituyendo diversas respuestas al déficit de cuidado a partir de distintas valoraciones de esta función.

El primer modelo es el *tradicional*, en el cual predomina la imagen de ama de casa tradicional, y los cuidados son brindados por las mujeres de forma no remunerada. En este modelo, las mujeres se encargan del trabajo de cuidar y el cuidado se personaliza. El mismo no es sostenible a largo plazo, dado que existen poderosas tendencias que se

mueven en la dirección contraria a la sobrecarga de trabajo de cuidado en las mujeres, siendo probable que la mayoría de éstas opongan resistencia.

En segundo lugar Hochschild describe al modelo *posmoderno*, que presenta la imagen de la mujer madre que lo hace todo sin ayuda adicional de ningún tipo ni adaptación de su horario laboral. La solución posmoderna a los cuidados consiste en no reconocer los costos del mismo para las mujeres, ni las necesidades de cuidado de las personas dependientes, de forma que no se generan respuestas públicas al cuidado. De esta manera, este modelo legitima el déficit de cuidado a partir de una redefinición de lo que realmente necesitan los niños, las esposas, los maridos y los padres ancianos para su bienestar. Culturalmente este modelo se basa en nuevas imágenes para la infancia y la vejez, que se ajustan a este cuadro. Así, tanto a los niños como a los ancianos se les retrata como personas que deben brindarse “autocuidado”, minimizando sus necesidades emocionales. Para Hochschild, la desventaja fundamental del modelo *posmoderno* consiste por un lado en que seguimos necesitando cuidados, a pesar de la extraordinaria variedad de nociones culturales en relación a la redefinición de las necesidades de las personas dependientes. Por otro lado, este modelo minimiza el valor del cuidado y lleva a reprimir el deseo de cuidar o de ser cuidado, lo cual requiere de un vigoroso esfuerzo emocional.

El tercer modelo que presenta esta autora es el modelo *moderno frío*, representado por el cuidado impersonal que brindan instituciones tales como centros de cuidado infantil de doble turno e instituciones de larga estadía para personas mayores. La solución moderna-fría consiste en institucionalizar todas las formas de cuidado, sobre la base de que es posible obtener la mayor parte del cuidado necesario fuera de las familias. De esta manera, la sociedad debe organizarse para que las familias estén en condiciones de participar menos del cuidado y no para que tengan la posibilidad de participar más y en mejores condiciones. Se delega así toda la función del cuidado en las instituciones.

Finalmente, el modelo *moderno cálido* plantea una solución en la que el cuidado es compartido entre las instituciones y entre mujeres y varones, quienes unen equitativamente sus esfuerzos para brindar cuidados en la esfera privada. De esta manera, esta solución para la provisión de cuidados es moderna, porque las instituciones públicas asumen parte del cuidado, y es cálida porque no se delega en ellas toda la función cuidadora. Para Hochschild esta solución también es igualitaria porque hombres

y mujeres comparten las funciones y tareas que no se delegan. Este modelo recoge tres frentes de lucha: llama a la participación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidado, exige la flexibilización de los horarios laborales para permitir a las familias participar del cuidado y resalta la valoración del cuidado.

Para esta autora, una manera de elevar el valor del cuidado consiste en involucrar al padre en su realización. Si los hombres de todo el mundo compartieran con las mujeres la tarea de cuidar a las personas dependientes de las familias, el cuidado se expandiría lateralmente, en lugar de traspasarse hacia abajo en la escala de las clases sociales. El desafío de este modelo consiste en incrementar la oferta de cuidados sin renunciar a las victorias laborales femeninas que tanto costó conseguir.

Lo interesante de estos modelos que trae esta autora para este trabajo monográfico, es que señala la necesidad de tomar consciencia de las imágenes de cuidado que compiten en nuestra cultura y la fuerza persuasiva de esas imágenes en la definición de políticas y prácticas asociadas al cuidado.

Otro aporte teórico, que permite conocer cuál es el valor del cuidado y cuáles los supuestos ideológicos detrás de la distribución de su provisión, refiere al análisis de los regímenes de bienestar. La provisión del bienestar de una sociedad ha estado históricamente marcada por las relaciones establecidas entre el Estado, las familias y el mercado. El papel que se reconoce a las familias en la provisión de bienestar ha sido recientemente reconocido, si bien ha sido señalado históricamente por el movimiento feminista. De esta manera Aguirre (2008), ha sistematizado las características de los regímenes de bienestar considerados *familistas* y los *desfamiliarizadores*, siguiendo a Sarraceno (1995), y Sanisbury (2000).

En el régimen *familista* típico la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. Empíricamente puede suceder que las mujeres trabajen en forma remunerada y desarrollen distintas estrategias para conciliar trabajo y familia. Aguirre menciona que Durán (1999) distingue varias de estas estrategias, como ser: la reducción de objetivos tanto en el plano laboral como familiar, la delegación, que consiste en interrumpir la producción de un servicio para trasladarlo a otra persona, y la secuencialización, que consiste en alternar la producción para la familia y para el mercado, que es lo que buscan las excedencias y las licencias

maternales. Es decir, en los regímenes familistas pueden existir estrategias y medidas de conciliación, que en realidad hacen posible mantener la división sexual del trabajo.

En el régimen *desfamiliarizador* hay una derivación de las funciones de cuidado hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. Los procesos de desfamiliarización pueden ser muy variados y seguir diferentes ritmos y así ha sido históricamente. Esto dependerá del peso que tengan los servicios del Estado, de la extensión de los servicios lucrativos y de la implicación de las familias y las redes informales.

Los supuestos ideológicos del régimen *familista* son la centralidad de la institución del matrimonio legal y una rígida división sexual del trabajo. Si bien se admiten intervenciones públicas dirigidas a las familias, éstas mantienen un carácter subsidiario. En cambio, los supuestos ideológicos del régimen *desfamiliarizador* parten del cuestionamiento de la separación de las esferas de lo público y lo privado, lo cual conduce al planteo de políticas activas donde el Estado asuma la responsabilidad en el cuidado de forma permanente y no sólo como subsidio. La base de la admisión de beneficios en el primer caso es la necesidad, considerada puntual, y se contemplan medidas dirigidas típicamente a proteger a las madres solas. En el régimen desfamiliarizador, la base de admisión de derechos es la ciudadanía o la residencia y los beneficios se otorgan a los individuos portadores de derechos. El trabajo asistencial de cuidado en el régimen familista es no remunerado y la unidad que recibe los beneficios es la familia, mientras que en el régimen desfamiliarizador el trabajo es remunerado siendo la unidad que recibe los beneficios el individuo. En el régimen familista no se mide el nexo existente entre familia y bienestar, en el segundo modelo es posible realizar mediciones directas o indirectas de la contribución de las familias a la economía y a la sociedad, a través de diferentes indicadores como la cobertura de los servicios, el uso del tiempo en las actividades de cuidado y la demanda potencial y real de servicios.

## **4. Identificación del problema**

### **4.1 Déficit de cuidado**

La relevancia que ha adquirido la problemática de los cuidados en los últimos años en Uruguay, deriva de un conjunto de transformaciones sociales que llevan a que actualmente se visibilice con mayor preocupación el déficit de cuidados existente.

Aguirre (2010) ha sistematizado estas transformaciones, partiendo de la importancia de mirar los cambios que se han dado en las familias. Señala que la esfera familiar y sus funciones permanecen en la invisibilidad en la mayor parte de los análisis de las políticas sociales, por lo que es necesario que las familias y el trabajo no remunerado de las mujeres en el suministro de bienestar social adquieran mayor visualización. Para ello, debe partirse de la asincronía que existe en los cambios que se producen en las distintas esferas que proveen bienestar: la esfera laboral, las familias, y las instituciones públicas a través de prestaciones monetarias y servicios. Para esta autora, contemplar el pleno goce de los derechos ciudadanos de las mujeres requiere reconsiderar las relaciones entre estas esferas, a fin de determinar los derechos y las responsabilidades en las funciones familiares de cuidado, especialmente del cuidado infantil (Aguirre, 2003).

Así, señala que históricamente los cuidados se han resuelto en el seno de las familias, pero las necesidades de cuidado no son las mismas ni tampoco las personas que pueden prestarlos. De esta manera, propone que las familias no son instituciones aisladas sino que están ligadas a los cambios sociales, económicos, a los valores culturales y a los procesos políticos del momento histórico en que vivimos.

Entre los cambios más destacados al considerar la demanda de cuidados y las posibilidades de satisfacerlas, encontramos el descenso de la fecundidad, el aumento la esperanza de vida que genera procesos de envejecimiento de la población y las migraciones, aspectos que impactan en el tamaño de los hogares, en las composición de las familias y los hogares, en las relaciones entre sus miembros y en su bienestar. También se destacan cambios culturales respecto a la estructura de los hogares en términos de su composición y modelos de pareja.

El descenso en la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo que se ha constatado recientemente en Uruguay (2,1 desde 2004), y el proceso migratorio de adultos jóvenes que se ha producido en las últimas décadas reducirá la cantidad de personas que pueden ser potenciales cuidadoras de las personas dependientes en la vejez. En este sentido, cada vez habrá menos hijos que cuiden de sus progenitores. Además habrá cada vez más personas mayores que necesitan cuidados por el avanzado proceso de envejecimiento de la población, el aumento de la proporción de las personas mayores, debido fundamentalmente a la baja natalidad y al aumento de la esperanza de vida (80,1 años para las mujeres y 72,9 años para los varones, según datos del INE, 2011).

El Censo realizado en 2011, constata la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados. La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo de 2011. A la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar el 28,2% de la población en 1963 a constituir el 21,8% en 2011 (INE, 2012).

También cabe señalar el crecimiento del grupo de los mayores de 80 años, que es llamado por los especialistas “envejecimiento dentro del envejecimiento”. Esta población representa el 3.7% de la población uruguaya. Según destaca Aguirre (2010) este colectivo es el que posee mayor grado de dependencia para sus cuidados de salud por la mayor incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, constituyendo uno de los mayores demandantes de servicios de salud y de cuidados familiares.

Otro cambio que impacta en las funciones familiares de cuidado es la disminución de las familias tradicionales en que el padre trabaja y la madre se dedica al cuidado exclusivo de sus hijos. Esto combina al menos dos procesos, el aumento de la tasa de actividad femenina y la disminución de hogares considerados “tradicionales” donde hay un varón proveedor y una mujer dedicada al trabajo no remunerado. En los últimos años, se comprueba un aumento sistemático de las tasas de actividad femeninas. Mientras que en el año 1986 el 41.4% de las mujeres participaban activamente en el mercado laboral (INE), para el año 2011 esta cifra asciende a 55.6% (SIG, 2012).

Respecto a la estructura de los hogares en términos de su modelo de pareja, para datos de 2011 el 27% de los hogares biparentales uruguayos se componen de una pareja de

“modelo tradicional”, donde sólo el varón trabaja para el mercado y la mujer se dedica a las tareas domésticas. De esta manera, en el 50% de estos hogares, ambos miembros de la pareja trabajan para el mercado (SIG, 2012). Esto da cuenta del rol activo de las mujeres que viven en pareja con hijos respecto a su participación en el mercado laboral, lo cual limita sus posibilidades de brindar cuidado.

Respecto a la evolución del tipo de hogar, para datos de 2011, los hogares unipersonales continúan representando uno de cada cinco hogares uruguayos (20.5%), proporción algo mayor a los hogares biparentales sin hijos/as (17%). Por otro lado, los hogares biparentales con hijos/as de ambos, representan menos de un tercio de los hogares uruguayos (27,8%). Cabe destacar que en Uruguay uno de cada diez hogares es un hogar monoparental femenino (SIG, 2012).

#### ***4.2 Desigualdades de género derivadas de la desigual distribución de los cuidados***

La estructura del mercado de trabajo remunerado y no remunerado en Uruguay da cuenta de desigualdades importantes entre varones y mujeres. Los datos del Sistema de Información de Género (SIG) del Instituto Nacional de las Mujeres muestran que respecto a la condición de actividad, siete de cada diez varones en edad de trabajar se encuentra ocupado, mientras esto sucede con cinco de cada diez mujeres. Por otra parte, la condición de actividad del 13% de las mujeres mayores de 14 años es la de realizar los quehaceres del hogar; realidad que sólo afecta al menos del 1% de los varones. Estos datos permiten evidenciar las repercusiones de la carga de trabajo no remunerado en las mujeres.

Como ya fuera mencionado, la tasa de actividad de las mujeres para datos de 2011 se ubica en 55,6%, siendo prácticamente veinte puntos porcentuales menor a la de los varones (74,4%), lo que indica una menor participación de las mujeres en el mercado laboral. Por otra parte, las tasas de empleo también presentan una brecha de veinte puntos, siendo la tasa de empleo femenina de 51,3% y la masculina de 71%. Las mujeres desempleadas son una proporción mayor que los varones desempleados, con tasas de desempleo de 7,7% y 4,5% respectivamente (SIG, 2012).

Varones y mujeres tienen un comportamiento opuesto respecto a su participación en el mercado laboral cuando hay presencia de niños/as menores de 4 años en los hogares. Los varones aumentan su tasa de actividad con la presencia de al menos un niño/a pequeño/a en diez puntos porcentuales, pasando de 80,6 % cuando no hay presencia a 90% cuando sí la hay. Contrariamente, las mujeres disminuyen su participación en el mercado laboral a medida que aumenta el número de niños/as pequeños en el hogar. Este descenso es de 33 puntos porcentuales al comparar la tasa de actividad femenina en hogares sin presencia de niños/as y en hogares con 3 y más niños/as (pasa de 68,9% a 35.7%). Claramente esto evidencia la persistencia de la división sexual del trabajo, a partir de la cual, frente a la escasa oferta pública de servicios de cuidado para niños/as pequeños/as y/o las dificultades de afrontar los costos de éstos en el mercado, son las mujeres de las familias las que se retiran del mercado laboral para hacerse cargo del cuidado infantil (SIG, 2012).

Otro indicador útil para dar cuenta de las desigualdades de género en el mercado laboral es la cantidad de horas semanales trabajadas. Para las mujeres el promedio de horas trabajadas es de 37,2 y para los varones de 45,3. Esta diferencia indica que las mujeres tienden a aceptar empleos de medio tiempo, seguramente para articularlos con las responsabilidades familiares; mientras que en el caso de los varones, el promedio indica la presencia de empleos de tiempo completo.

Otra de las desigualdades de género que se observan en el mercado laboral uruguayo es la clara segregación horizontal de género. Así, observamos que el 50% de las mujeres ocupadas se concentran en Servicios Sociales, mientras que los varones presentan una diversificación mayor entre las distintas ramas de actividad. Asimismo, dentro de los servicios sociales, la Enseñanza, Salud y el Servicio doméstico –ramas fuertemente asociadas con tareas reproductivas- concentran al 40% de las mujeres ocupadas. Los varones en estas ramas solamente representan un 7%. La presencia de mujeres en el sector agropecuario, en la construcción y el transporte es casi residual (SIG, 2012).

Por tanto, si bien las mujeres han ganado terreno en el ámbito público adquiriendo mayor autonomía económica, éstas enfrentan grandes problemas para articular los tiempos de trabajo remunerado con los cuidados familiares debido a la desigual distribución del tiempo dedicado a los cuidados entre varones y mujeres así como a una oferta pública de cuidados muy reducida y focalizada.

Los estudios de género han realizado un importante aporte para visibilizar y cuantificar el tiempo destinado al trabajo no remunerado, desarrollando instrumentos que permiten medirlo. Las encuestas de uso del tiempo son consideradas la herramienta más importante para medir la carga del trabajo no remunerado que se efectúa diariamente. Las Encuestas de Uso de Tiempo realizadas en Uruguay en 2003 (Aguirre, Batthyány) y 2007 (INE) evidencian que la carga de responsabilidad de cuidado de dependientes continúa pesando casi exclusivamente sobre las mujeres. Las mujeres dedican, en promedio, un 65% de su tiempo al trabajo no remunerado y el 35% restante al trabajo remunerado, entre los que se encuentra el trabajo de cuidados. Los varones, por el contrario, dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo remunerado, 72% y el 28% restante al no remunerado (INE, 2008).

Esto lleva a que las jornadas laborales de las mujeres sean más extensas que las de los varones, lo que resta tiempo para ocio, recreación y vida social, impactando también en una relación compleja con el mercado laboral. Se destaca que las mujeres destinan en promedio 36,3 horas semanales al trabajo no remunerado, mientras que los varones tan sólo 15,7 (INE, 2008).

Esta encuesta también da cuenta de algunos factores que agravan las desigualdades respecto al uso diferenciado del tiempo entre varones y mujeres, y a diferencias importantes en la dedicación de las propias mujeres. Al analizar la dedicación de tiempo semanal al trabajo no remunerado según quintiles de ingreso per cápita, se evidencia en para todos los quintiles que la dedicación femenina es mayor, y que las mayores brechas se encuentran en los quintiles de menores ingresos. Las mujeres con ingresos más bajos dedican casi el triple de horas semanales al trabajo no remunerado que los varones del mismo quintil.

Por otra parte, la carga de trabajo no remunerado varía según el ciclo de vida de los hogares. Así, los hogares en etapa inicial, es decir aquellos que tienen hijas/os menores de 6 años, son los que dedican más tiempo al trabajo no remunerado. Las mujeres de estos hogares destinan 57,2 horas semanales al trabajo no remunerado, mientras que los varones sólo 22,3. Es en este tipo de hogares donde se encuentra la mayor brecha de género en el tiempo destinado al trabajo no remunerado. Cabe señalar también que el trabajo no remunerado de las mujeres se incrementa en 28 horas al pasar de la pareja joven sin hijos al hogar en etapa inicial (INE, 2008).

La excesiva dedicación de horas al trabajo no remunerado en hogares con niños/as pequeños se vincula a la escasa oferta de cuidado infantil. Si consideramos la asistencia de niños y niñas a centros de cuidado o de educación inicial, encontramos que es muy escasa. La posibilidad de acceder a estos centros tiene repercusiones directas en los hogares al liberar tiempo de las personas responsables del cuidado. En 2011 la asistencia de niños/as menores de 4 años a centros educativos alcanza una cobertura de 33%. Este dato muestra importantes diferencias según los niveles de ingreso per cápita de los hogares. Mientras un cuarto de los/as niños/as menores de 4 años pertenecientes al primer quintil de ingreso concurren a un centro, el 46% de quienes pertenecen al quinto quintil lo hacen. También se presentan importantes diferencias al considerar la zona de residencia, siendo los/as niños/as de las localidades rurales y pequeñas quienes concurren en menor proporción. La menor concurrencia a centros educativos de niños que pertenecen a los primeros quintiles de ingreso puede deberse a una combinación de al menos dos factores: la escasez de ingresos para comprar estos servicios en el mercado –dada la escasa oferta pública–, y los patrones culturales respecto a las responsabilidades de género en el cuidado infantil (SIG, 2012).

#### ***4.3 Oferta insuficiente de cuidado institucional y de políticas de cuidado***

Describiremos brevemente cuál es la oferta de cuidado infantil actual en Uruguay. Los datos se recogen de una sistematización realizada en el informe “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay” (Nieves Rico, 2011).

Respecto a los servicios de cuidado infantil, la cobertura pública para niños/as de 0 a 3 años alcanza el 28.7% de los niños/as de este tramo etario que viven en el país (años 2007-2008-2009). La cobertura es muy reducida para los niños/as que aún no cumplen un año (12,8%) siendo más importante para los niños/as de 3 años (46,5%). Por otra parte, 8 de cada 10 niños/as de 0 a 3 años que asisten a un servicio público de cuidados concurre a un centro CAIF<sup>2</sup>, servicio focalizado en los sectores de menores recursos. Otros servicios de cuidado de menor cobertura son los Centros Infantiles del Instituto

---

<sup>2</sup> El Plan CAIF desde 1988, constituye una política pública intersectorial de alianza entre el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), e Intendencias Municipales, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades de centros de desarrollo infantil urbanos y rurales.

del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2,5%), el Programa Nuestros Niños de la Intendencia de Montevideo (2,4%) y los Jardines públicos de Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) (12,1%). En Montevideo la cobertura de los servicios públicos de cuidados para niños de 0 a 3 años es inferior a la del Interior, 21,6% y 32,8% respectivamente.

La carga horaria que cubren estos servicios de cuidado varía, siendo más extendida la modalidad de concurrencia diaria para los niños/as de 2 y 3 años (90%) que para los más pequeños/as. En este caso, el 60% de los niños/as de 0 a 1 año de Montevideo y el 80% de los/as del Interior concurren una vez por semana, lo cual no se constituye como una solución para la jornada laboral de padres y madres. También existe la modalidad de 8 horas diarias pero es muy escasa su cobertura, 16% de los/as niños/as en Montevideo y 9% en el Interior.

Otro servicio que resulta muy importante a la hora de facilitar el cuidado de las personas dependientes es el Transporte Escolar de ANEP, que traslada niños/as desde sus hogares hasta los centros educativos. El mismo registra una muy baja cobertura, 90 beneficiarios/as para 2008 y está dirigido a quienes tienen alguna discapacidad o viven en zonas alejadas a la escuela (zona rural).

Respecto a las políticas de tiempo, las licencias laborales existentes en Uruguay se limitan al período de maternidad y paternidad. Las mujeres asalariadas del sector público gozan de una licencia por maternidad de 13 semanas y las del sector privado de 12 semanas. Ambas son inferiores a la recomendación 191 de OIT de 18 semanas. En cuanto al período de lactancia, es de 2 medias horas en la jornada diaria de trabajo para las trabajadoras del sector privado y de media jornada para el sector público. La extensión del período de lactancia en la práctica se aplica hasta los seis meses de edad del/a hijo/a, aunque podría extenderse según indicación médica.

Las licencias por paternidad, hasta el año 2008, sólo existían para el sector público que desde 1989 preveía tres días hábiles (Ley 16.104) y en diciembre de 2005 se ampliaron a diez días hábiles (Ley 17.930). A fines de 2008 se aprobó la licencia por paternidad para el sector privado de tres días corridos. En este caso el costo de la licencia lo asume el empleador.

En caso de adopción, la licencia para todos los trabajadores (varones y mujeres) de la actividad pública y privada es de seis semanas (Ley 17.292 de 2001). En el caso del funcionariado público se trata de una licencia especial con goce de sueldo; en el caso de los/as trabajadores/as del sector privado, se percibe un subsidio similar al previsto para la licencia de maternidad, a cargo del Banco de Previsión Social. Sobre esta Ley aún no existen disposiciones legales específicas para el cuidado.

#### ***4.4 El Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay y la perspectiva de género***

El Sistema Nacional de Cuidados (SNC) se encuentra actualmente en proceso de diseño, y se propone profundizar la nueva matriz de protección social de corte universalista de la Reforma Social. Según los documentos oficiales, este sistema implica un cambio cultural que supone valorar las tareas de cuidados y promover la corresponsabilidad entre las familias y el Estado, así como entre mujeres y hombres dentro del hogar. Así, este sistema permitirá socializar los costos vinculados a las tareas de cuidado, así como generar servicios públicos, o bien estimular y regular la oferta privada. El Sistema busca, entre otras cosas, mejorar la oferta existente en materia de cuidados, tanto en calidad como en acceso, ampliar y crear servicios de cuidados, formalizar y formar a las personas que hoy se encuentran ocupadas en el sector de los cuidados y a quienes podrían ser potenciales trabajadores.

La iniciativa es un compromiso programático del Gobierno y está encabezada por un Grupo de Trabajo (creado por Resolución Presidencial 863/010) que funciona en el ámbito del Gabinete Social y en el que participaron representantes de Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Economía y Finanzas, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social, Administración de los Servicios de Salud del Estado y el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay.

En la Resolución Presidencial se reconocen una serie de elementos que hacen necesaria la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados, entre ellos destacamos la mención a que son las mujeres las que asumen las tareas de cuidados, lo que les genera

serias dificultades para la inserción laboral estable y formal. Por tanto se reconoce conveniente diseñar un Sistema Nacional del Cuidados para evitar, entre otras cosas, la duplicación de la carga de trabajo de las mujeres, su desvinculación del sistema educativo y del mercado laboral, con la consiguiente pérdida de oportunidades de desarrollo personal y la pérdida de su aporte a la producción y al crecimiento económico del país.

Entre los principios orientadores del Sistema nos interesa resaltar para este trabajo monográfico, que se trata de una política basada en derechos humanos, que apunta a construirse como política participativa universal, focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. Asimismo, el Sistema parte de la concepción de que las personas son sujetos de derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el goce efectivo de los mismos, sin distinción de ningún tipo, por tanto, el diseño de la política social incorporará las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial. Cabe resaltar también que el sistema se propone impactar en la actual división sexual del trabajo, la cual tiene como base la imagen de los hombres como proveedores económicos priorizando su inserción laboral y la figura de las mujeres como “cuidadoras” de los afectos y la reproducción biológica y social de las personas del hogar. En este sentido, el SNC integra como criterio orientador el concepto de corresponsabilidad. Finalmente, interesa resaltar que el sistema se propone fortalecer, profesionalizar y revalorar la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores y cuidadoras, tanto familiares como formales.

Las principales acciones desarrolladas hasta el momento desde la instalación del Grupo de Trabajo en 2010 se han centrado en las definiciones conceptuales en torno al cuidado y a la definición de las poblaciones prioritarias: infancia con énfasis en primera infancia (0 a 3 años), personas mayores dependientes y personas con discapacidad. Se realizaron debates públicos en todo el territorio nacional, que recogieron las inquietudes y demandas de la población. Asimismo, se han realizado formaciones a cuidadores/as y se comenzarán a implementar experiencias pilotos de nuevos servicios de cuidados.

En síntesis, podemos afirmar que son varias las transformaciones sociales que llevan a que exista un déficit de cuidado en la sociedad uruguaya, que evidencia que el modelo tradicional de provisión de cuidado sustentado en el trabajo no remunerado de las mujeres está agotado, que el mismo produce importantes desigualdades sociales y de

género y que no es suficiente para atender las demandas de cuidado actuales. De esta manera, desde el Estado se asume la responsabilidad de colocar al cuidado como pilar clave del bienestar social y generar una política sistémica. En este contexto, la perspectiva de género se encuentra presente en los documentos oficiales de la nueva política y en los debates y discursos públicos. Es en este marco que consideramos de gran pertinencia profundizar en el saber experto respecto al cuidado infantil y sus implicancias para la equidad de género, para aportar a una efectiva incorporación de esta perspectiva.

## **5. Hipótesis de investigación**

En este apartado se enuncian las principales hipótesis e interrogantes a las cuales este trabajo monográfico pretendió dar respuesta.

En primer lugar, se partió de que este grupo de expertos/as conformaba un grupo clave e influyente en la construcción, sostenimiento y reproducción de las valoraciones culturales relativas al cuidado infantil. Es por ello que esta investigación buscó conocer qué características tiene el buen cuidado infantil según este saber experto en un contexto de importantes decisiones políticas en la materia. Esta interrogante englobaba varios aspectos que hacen a la noción de cuidado. Esto es, se buscó conocer cuáles son las dimensiones claves del cuidado de calidad así como cuáles son las condiciones ideales según las diversas disciplinas para poder brindarlo. Esto incluye si éste debe realizarse en el marco de la familia o fuera de ésta, si debe ser remunerado o no remunerado y cuál es el tiempo diario que deben destinar los cuidadores/as. También resultaba de interés desagregar las distintas funciones que deben realizar quienes están a cargo del cuidado infantil y si estas distintas funciones pueden implicar distintos responsables dentro del hogar y fuera de éste. En este sentido, y vinculado a la construcción del Sistema de Cuidados, interesaba conocer la opinión sobre la responsabilidad pública en el cuidado, y la posibilidad de instalar servicios que institucionalicen y universalicen el cuidado de los niños menores de 3 años.

Otra hipótesis de trabajo planteaba que la división sexual del trabajo se encuentra presente en el saber experto, y que la misma es sostenida por un conjunto de argumentaciones, valoraciones culturales y saberes que resultaba pertinente visibilizar. De este modo, este trabajo también se interrogó sobre el papel asignado a mujeres y varones en las tareas de cuidado. Aquí resultaba interesante develar los argumentos que hacen a la construcción de las identidades de género, que en el caso de las mujeres está fuertemente ligada a la posibilidad de cuidar, como fuera mencionado anteriormente. En esta línea, interesaba conocer si el discurso experto es consciente de las desigualdades de género presentes en la distribución del cuidado y las repercusiones que tiene esta distribución para la ciudadanía de las mujeres. En este sentido, volviendo a las dimensiones mencionadas sobre el cuidado, este trabajo se interrogó sobre las justificaciones y argumentaciones referidas a la mayor carga de trabajo en términos de tiempo y responsabilidad que asumen las mujeres, así como a los mayores costos que

éstas asumen y a la dimensión emocional que ponen en juego al realizar este trabajo. En otras palabras, se buscó indagar sobre los argumentos que están detrás de la mayor obligación moral adjudicada a las mujeres para el desempeño del cuidado infantil. Partimos de que la división sexual del trabajo presente en el saber experto también estaría presente en las soluciones y alternativas que estos actores proponen frente a la brecha existente entre lo deseado y las condiciones actuales, en términos de disponibilidad de tiempo para cuidar de las familias y de la escasez de políticas públicas de cuidado. Esta dimensión también fue indagada, analizando en cada caso las consecuencias desde la perspectiva de género.

Finalmente, otra hipótesis de trabajo refería a la heterogeneidad de representaciones y valoraciones en torno al cuidado que pensábamos encontrar en el saber experto, a partir de las diversas disciplinas que lo integran. Se esperaba encontrar también diversas posiciones según los ámbitos de inserción de los y las expertos en lo que refiere a la cercanía con las familias y los niños/as, al desempeño profesional en los ámbitos público o privado, al contacto con diversos sectores sociales y a la cercanía con las decisiones de política pública. Interesaba conocer también si el sexo de los y las entrevistados/as daría cuenta de distintas posiciones respecto al cuidado infantil.

## **6. Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar el “buen cuidado infantil” según el saber experto desde de la perspectiva de género, en el marco del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay.

### **Objetivos específicos**

Analizar las claves del buen cuidado infantil según el saber experto desde la perspectiva de género.

Analizar la distribución de responsabilidades y competencias que el saber experto asigna a los diversos actores involucrados en el cuidado así como a varones y mujeres.

Analizar las implicancias que tienen las claves del buen cuidado infantil para el ejercicio de una ciudadanía plena para las mujeres.

## **7. Estrategia metodológica**

Para el logro de los objetivos propuestos se ha definido una estrategia de investigación cualitativa, profundizando en los discursos y significados en relación al cuidado infantil del grupo de expertos/as. La fundamentación de esta estrategia se basa en que los objetivos de investigación definidos buscan la comprensión e interpretación, en profundidad, de los componentes simbólicos del discurso experto sobre el cuidado infantil, aspectos que son mejor captados desde el enfoque cualitativo.

La técnica principal aplicada en este estudio fue el tipo de entrevista en profundidad, la cual parte de varios temas guías, definidos como dimensiones relevantes de la investigación, intentando que el entrevistado produzca un discurso continuo y no fragmentado.

Así, se realizaron 20 entrevistas, siguiendo el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss), que se alcanza cuando la información recogida resulta sobrada en cuanto a los objetivos de investigación. Esto implica que nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido.

La pauta de entrevista se definió en base a los objetivos específicos de esta investigación, y contuvo las siguientes dimensiones de análisis.

- Definición del buen cuidado o cuidado de calidad y sus aspectos claves.
- Ámbitos preferenciales para el cuidado (familias, centros infantiles, cuidadoras remuneradas en domicilio). Ventajas y desventajas de las diversas modalidades de cuidado.
- Cualidades requeridas para las personas que cuidan y para las instituciones de cuidado. Formación requerida y competencias personales necesarias.
- Edades adecuadas para que los niños/as concurren a los centros infantiles o para que queden al cuidado de personas contratadas.
- Funciones de la familia en el cuidado (ventajas y desventajas del cuidado familiar). Rol de los padres y las madres en el cuidado infantil. La función materna y los mandatos de género.

- Soluciones adecuadas para armonizar el cuidado con la jornada laboral remunerada. Opinión sobre conflicto con ciudadanía social de las mujeres-soluciones.
- Opinión sobre las medidas y servicios que deben crearse desde la política pública. Responsabilidad del Estado en el cuidado. Tipo de servicios adecuados a crearse desde el deber ser de cuidado. Otras políticas para promover el derecho al cuidado.

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 el tipo de elementos sobre los cuales hacen referencia las proposiciones en que el investigador está interesado. 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).

Se usó la técnica de bola de nieve para acceder a los entrevistados/as partiendo de un listado de personas con los perfiles buscados. A partir de la hipótesis de partida respecto a la heterogeneidad del saber experto, se buscó que la muestra integrara profesionales de diversas disciplinas y que estuvieran insertos en diversos ámbitos. Así, la muestra estuvo integrada por 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.

## **8. Presentación de los principales hallazgos**

### ***8.1 El cuidado infantil de calidad: tres enfoques del saber experto***

El disparador central de las entrevistas a los y las expertos/as era la definición de buen cuidado o cuidado de calidad de los niños/as pequeños/as. Se buscaba con este disparador, que los/as entrevistados/as desarrollaran las dimensiones centrales del cuidado infantil, incluyendo las actividades que están implicadas en el mismo, así como las condiciones en que éste debe darse para ser considerado de calidad. Estas condiciones necesarias incluyen a las personas más adecuadas para brindar el cuidado y a los ámbitos preferenciales para el mismo.

En primer lugar, parece necesario mencionar la importancia que el discurso experto otorga a la primera infancia, sobre todo al período de 0 a 3 años. Si bien se trató de abordar en las entrevistas además del cuidado en el tramo de 0 a 3 años, el de 4 a 12 años, el primer tramo ocupó la centralidad del discurso. Creemos que esta centralidad se debe en primer lugar a las definiciones que desde el Sistema Nacional de Cuidados se han tomado acerca de priorizar el tramo de 0 a 3 años como población prioritaria. Cabe recordar que parte de nuestros/as entrevistados/as formaba parte del grupo encargado de orientar las decisiones de la política pública sobre cuidados. Asimismo, entendemos que la formación de nuestros/as entrevistados/as influyó en la centralidad que asumió esta etapa en sus discursos. Por otra parte, otro factor que contribuye a esta centralidad es la preocupación por la escasez de oferta pública de cuidados presente en Uruguay para este tramo etario, que si bien tampoco está presente como tal para el tramo de 4 a 12 años, a partir de los 4 años se cuenta con los centros educativos -que son obligatorios- que cumplen en parte esta función.

Desde las distintas disciplinas se argumenta que el cuidado de calidad es clave en los primeros tres años de vida, pero se distinguen diversos énfasis en esta centralidad.

Uno de los hallazgos principales de este estudio, es la identificación de tres discursos o enfoques dentro del saber experto a la hora de definir el cuidado de calidad y sus dimensiones centrales, en los que se identifican énfasis diferenciados 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”, proveniente de la psicología, psiquiatría y educación. Luego se encuentra el enfoque “médico” fundamentalmente adoptado por pediatras. Un tercer enfoque encontrado lo llamamos “político”, y es el proveniente de los/as actores con poder de decisión en las políticas públicas de infancia. Importa destacar que no se trata de enfoques cerrados o perfectamente coherentes, o de enfoques que se encuentran en estado puro en la realidad. Estos enfoques son construcciones analíticas a partir de grandes regularidades encontradas en los discursos a modo de tipos ideales, que permiten distinguir y analizar las heterogeneidades del saber experto. En este sentido, los/as entrevistados/as se mueven en mayor o menor medida entre los enfoques identificados, presentando contradicciones naturales en un mismo discurso y en una misma disciplina. De esta manera, los nombres con los que denominamos a los tres enfoques no se corresponden exactamente con las disciplinas, sino que seleccionamos estos nombres por designar mejor las características que queremos destacar en los tres casos.

#### ***8.1.1 El enfoque “psicológico- educativo”***

El enfoque “psicológico-educativo” es el más problematizador a la hora de las definiciones conceptuales o de las recomendaciones para el buen cuidado. En este sentido, es el más profundo y denso en cuanto a los aportes teóricos sobre el desarrollo infantil, por tanto es el que contará con un desarrollo más extenso. Este discurso es de los tres el más enfocado en lo singular, evitando las generalizaciones o recomendaciones para toda la población. Es también el que aparece más cercano a la perspectiva de género, dado que logra problematizar los estereotipos de género presentes en las funciones de cuidado, reconociendo la heterogeneidad de situaciones familiares, así como la importancia del varón en el cuidado infantil. Se presentan a continuación las dimensiones centrales del cuidado infantil según este enfoque.

##### ***Importancia de la seguridad emocional: varios actores como figuras de apego***

El enfoque psicológico-educativo hace un fuerte hincapié en que el cuidado debe garantizar la seguridad emocional del/la niño/a, generada a través de los vínculos con los adultos/as referentes. Esta condición es percibida como decisiva para el desarrollo infantil.

*“Sabemos que si bien el niño viene con una impronta depende mucho del ambiente que él pueda desarrollar su potencial, entonces desde ahí todo lo que tenga que ver con los vínculos y el ambiente en el cual ese desarrollo se produce es lo que va a permitir realmente que se dé un desarrollo integral y todas sus capacidades se potencien”.* (Mujer, psicóloga)

*“(…) 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, psicóloga)

La importancia que se desprende de los discursos respecto a los vínculos que se establecen con el/la niño/a en esta etapa, está muy vinculada a quiénes son las personas que deben desarrollar este vínculo. Encontramos que la noción de apego está muy presente en este enfoque. Un aspecto interesante de resaltar desde la perspectiva de género -y consensado en el discurso de los/as entrevistados/as psicólogos/as- es que la figura de apego puede desarrollarse con más de una figura adulta. Esta posibilidad, involucra a otros/as adultos/as responsables del cuidado como los padres varones, permitiendo compartir el cuidado directo con la madre, desde una posición que no coloca toda la responsabilidad en el rol materno, sin desconocer su importancia.

*“Una figura, puede ser una abuela. En general en los jardines está el referente porque no es que varíen las maestras todo el tiempo, pero hay dos o tres que para el niño también son un referente. La estabilidad en la persona que lo atiende para el niño es muy importante porque el niño se desarrolla en el vínculo con el otro, que no necesariamente es la mamá, de repente la mamá no está y hay otra persona que oficia ese rol”.* (Mujer, psicóloga).

*“El niño no solo desarrolla ese apego con su mamá, es innegable el lugar que tiene la mamá para el niño, hablamos también de otras figuras que se van constituyendo en figuras de apego para el niño, lo que también es cierto es que el niño es capaz de desarrollar vínculos de apego con otras figuras referentes en la medida en que se dé cierta continuidad y cierta correspondencia”.* (Mujer, psicóloga)

Esta noción de seguridad emocional, se logra a partir de vínculos estables en el tiempo con pocos/as adultos/as referentes. La seguridad emocional, que adquiere un rol fundamental en esta etapa, debe darse tanto si el cuidado es desarrollado en el hogar o en un centro infantil. 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 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/la niño/a.

*“(...) el componente central para que el desarrollo se dé es el ambiente de seguridad emocional y de estímulos apropiados para las distintas etapas, eso es bastante común en toda la primera infancia (...) un vínculo afectivo que estimule al niño en sus competencias, que lo reconozca como sujeto, que lo reconozca como persona capaz de, eso es lo que hace la diferencia en los cuidados adecuados y no adecuados”.* (Mujer, psicóloga)

La importancia de que el niño/a establezca vínculos seguros con adultos o adultas referentes también está asociada a la coherencia en el cuidado, a que el niño/a pueda integrar un estilo de cuidado que no presente variaciones constantes. La posibilidad de integrar este cuidado seguro se da a partir de cuidados coherentes, repetitivos, estables afectivamente, donde se remarca la integralidad del mismo, en contraposición a un sujeto que nace no integrado psíquicamente.

Es fundamental según el discurso experto, la continuidad y permanencia de los/as referentes adultos/as que ejercen el rol cuidador. *“(...) lo importante es la constancia o sea que no haya demasiados cambios y rupturas en los primeros momentos, que haya una continuidad de manera que se cree confianza, uno de los problemas frecuentes son los cambios de cuidadora, el niño ya tiene confianza, seguridad y de repente ya no está más, a veces los niños se descompensan mucho los primeros años con los cambios de empleada (...).”*(Mujer, psicóloga)

Por lo tanto, este cuidado seguro puede brindarse tanto en el hogar como en un centro infantil siempre que reúna ciertas características. En este sentido, este discurso al centrarse en otros factores además del vínculo familiar, como es la estabilidad del/la referente, también abre posibilidades para compartir el cuidado con centros infantiles, relativizando el rol insustituible que tendrían madres, padres o familiares en el cuidado.

La idea de que sólo las familias pueden garantizar el cuidado de calidad para los/as niños/as pequeños/as está muy presente en la población uruguaya, tal como lo evidencia la Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado (FCS, Inmujeres, ANII, 2011), que muestra una fuerte presencia del “familismo” en las situaciones ideales que la población expresa para el cuidado infantil. Recordemos que el 65% de la población opina que la situación ideal para el cuidado infantil de los niños/as menores de dos años es que familiares cercanos proporcionen el cuidado, lo cual como es sabido recae en que las mujeres de las familias asuman la mayor carga del cuidado (Batthyány, Genta, Perrotta, 2012). De esta manera, el discurso psicológico-educativo habilita otras posibilidades de cuidado de calidad, al destacar que lo que determina el buen cuidado son los vínculos seguros que pueden ser desarrollados con otros adultos/as referentes, incluso con cuidadores/as remunerados en domicilio o que trabajen en centros infantiles.

#### *La afectividad como elemento central del cuidado de calidad*

La dimensión afectiva del cuidado aparece como central en este discurso, aspecto que está presente en el marco conceptual de esta investigación. Habíamos partido de que la noción de cuidado abarcaba al menos tres dimensiones, la dimensión material que implica un “trabajo”, la dimensión económica que implica un “costo”, y la psicológica que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. Esta tercera dimensión, es la más destacada en el discurso experto proveniente de la psicología y la educación, como dimensión central del cuidado de calidad. Recordemos que habíamos definido que la especificidad del cuidado era la de estar basado en lo relacional (Letablier en Batthyany 2009, Hochschild, 2003). Para Letablier, (en Batthyany 2009) ya sea que se realicen dentro o fuera de la familia, los cuidados implican atención y preocupación, y suponen por lo tanto una gran implicación personal. En el ámbito familiar, las dimensiones afectivas como el amor, la compasión o la gratitud y las dimensiones morales como el deber, la abnegación o el sacrificio, adquieren una cualidad distinta dado que intervienen factores normativos. Desde la perspectiva de género resulta muy relevante subrayar esta dimensión del cuidado remarcada por el discurso psicológico-educativo, en este momento donde se está diseñando la política pública del cuidado, dado que el aspecto afectivo y sus implicancias para quienes cuidan debe considerarse en todas las etapas de implementación de la misma.

*“(…) tiene que tener contención afectiva, para poder generar hábitos, los chicos no aprenden a los gritos, ellos tienen que aprender a vincularse entre sí, a manejar sus emociones y también poder superar sus propios conflictos, hay que sostenerlo en las frustraciones, que es lo que hace cualquier mamá, eso es cuidado, no es poco porque requiere cierta capacitación, disposición interna (...)”* (Mujer, psiquiatra)

En esta cita aparecen varios aspectos que son relevantes de destacar en este análisis. En primer lugar se otorga una fuerte centralidad al afecto en el desarrollo infantil, del cual depende el desarrollo vincular, afectivo y psíquico del niño/a.

Por otra parte aparece la idea de contención y de sostén, que nos parece clave visibilizar dado que, como se desprende de nuestro marco teórico, este aspecto suele ser subvalorado en lo que refiere al esfuerzo que implica para la persona que cuida. Retomando a Hochschild (1990, en Batthyány 2009) definimos que al cuidado como un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico, para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto, para esta autora cuidar a una persona es hacerse cargo de ella. Así, el cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, consientes o inconscientes que no se pueden considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo donde las mujeres ponen mucho más que naturaleza en el cuidado: sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo.

La subvaloración del esfuerzo que implica el cuidado viene dada por el hecho de que la afectividad suele estar asociada a la naturaleza femenina, a una cualidad innata de las mujeres que no les exige demasiado esfuerzo. Claramente esta asociación se observa en la frase *“es lo que hace cualquier mamá”*. Lo que está detrás de esta afirmación es que el hecho de ser madre implica necesariamente saber cuidar y hacerlo con afecto.

En este caso, el hecho de asociar naturalmente la afectividad a cualquier mamá, hace muy difícil pensar en otros/as cuidadores/as posibles, ya que se asume como dada la sabiduría y capacidad de las mujeres madres de cuidar con afecto. Como hemos mencionado, la tendencia observada en este enfoque es a distanciarse del imprescindible cuidado maternal, asumiendo que el padre u otras figuras adultas cercanas pueden también ejercer esta función.

Pero al finalizar la cita, la entrevistada problematiza que esta cualidad sea innata al hacer mención a la necesidad de cierta capacitación y disposición interna de la persona cuidadora. De esta manera, observamos contradicciones en los discursos que resultan relevantes de señalar, porque dan cuenta de aspectos muy internalizados en los/as expertos/a respecto a la centralidad del rol de la madre en los cuidados, más allá de que luego racionalicen y argumenten a favor de los cuidados compartidos y de la necesidad de la formación.

Vinculado a esto, una noción que surge del discurso es la de “*función materna*”. Al indagar sobre los roles que madres y padres cumplen en el cuidado infantil, se acepta por un lado que la figura de apego pueda darse tanto con la madre como con el padre así como con otra figura adulta, pero siempre y cuando ésta cumpla la “función materna”. Observamos en este término cómo conviven en el mismo discurso símbolos que refuerzan el carácter único del rol materno con argumentos que abren otras posibilidades que permiten una distribución más equitativa del cuidado.

*“(...) uno ve padres excelentes y a veces madres con dificultades, lo veo en la práctica cotidiana, no es cuestión de si se es mujer o se es hombre, sino con la capacidad que un individuo tiene de maternar, que viene de cómo uno fue maternado, si uno fue como hijo sostenido, cobijado, criado en forma más o menos adecuada; luego uno va a poder darle lo mismo y te va a surgir espontáneamente seas hombre o mujer”.* (Mujer, psicóloga)

Esta idea será profundizada en el apartado sobre los roles de madres y padres presentes en el discurso experto.

#### *La singularidad de cada niño/a y de cada familia*

Otra dimensión central del buen cuidado, por psicólogos/as, psiquiatras y educadores/as es la necesidad de contemplar las características y necesidades singulares de cada niño/a y las de su familia.

*“(...) cada niño es diferente y eso no es solo literatura. Los engarces neuronales que se hagan en cada ser humano dependen de factores genéticos y ambientales, por eso ninguna persona es igual a la otra y hay que ser capaz de establecer un vínculo con cada niño como es cada niño”.* (Mujer, autoridad educación)

Este punto tiene especial relevancia a la hora de pensar en los cuidados de calidad que puedan ofrecer los centros infantiles, ya que está fuertemente vinculado a la cantidad de niños/as por adulto/a en los servicios de cuidado, si bien abarca también otros aspectos.

La importancia de respetar la singularidad de cada niño/a también implica pensar en las ofertas de cuidado que mejor se adapten a esta singularidad y a la realidad familiar. En este sentido, se problematiza la idea de solución de política masiva aplicada a toda la población, contrapuesta a una propuesta personalizada que contemple las necesidades de cada niño/a así como de los/as adultos/as responsables del cuidado.

En síntesis, queremos destacar la posibilidad de compartir el cuidado infantil que brinda el enfoque psicológico-educativo, donde está presente la participación de varios sujetos en el cuidado. El cuidado deja de ser exclusivamente familiar, exclusivamente materno, para ser asumido por otros actores, donde está también incluido el Estado. El compartir el cuidado no significa sólo dedicar algo tiempo al mismo, sino asumir como otro actor su responsabilidad. Al mismo tiempo, este enfoque destaca el componente vincular y afectivo del cuidado, clave del desarrollo infantil, y clave de destacar desde el enfoque de género, dado el esfuerzo que implica para quienes cuidan. Asimismo, este enfoque propone atender las necesidades de cada niño y de su familia considerando las diversas situaciones respecto a las posibilidades de brindar cuidados de calidad y generando respuestas acordes a las necesidades.

En este sentido es que decimos que este discurso se muestra más cercano a la perspectiva de género, posibilitando otras opciones de cuidado infantil además de las familiares, al mismo tiempo que habilita otros ámbitos de desarrollo para las mujeres.

Como sabemos, existe una alta feminización de las disciplinas que integran este enfoque: la psicología y psiquiatría infantil y la educación, lo cual se refleja en que nuestras entrevistadas para estas disciplinas fueran todas mujeres. Pensamos que no es casualidad que este enfoque sea el que presenta mayor sensibilidad respecto a la dimensión de género en el cuidado, sino que entendemos que la condición de género también juega un papel importante, combinándose con la formación disciplinar para desarrollar un discurso que propone una distribución más justa del cuidado rompiendo con los estereotipos presentes.

### 8.1.2 El enfoque médico

El enfoque médico, sobre todo el de los y las pediatras, tiende a ser más dogmático, y es aquel que presenta mayor homogeneidad. Este discurso se presenta más rígido en comparación con el que denominamos psicológico-educativo, en el que suele aparecer un mayor nivel de flexibilidad. En este enfoque, a la hora de las recomendaciones sobre el buen cuidado así como en la de definición del mismo, la centralidad está puesta en los aspectos sanitarios del cuidado: la garantía de la lactancia materna y la prevención de enfermedades.

La centralidad que tiene para este enfoque la lactancia materna, y las recomendaciones acerca de 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 que sea entonces menos habilitador para la perspectiva de género y derechos, dado que refuerza -en mayor medida que el anterior enfoque- los roles de género tradicionales, manteniendo a las mujeres como principales cuidadoras.

*“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, psiquiatra)

*“El jardín es algo bueno por el estímulo pero a partir de la primera dosis de vacunas completa, con los refuerzos (...) Tenés la problemática de las enfermedades respiratorias, tenés que manejarlo con eso. Tenés que ver los pro y los contra. A mí me encantaría que estuviese en casa, y si le puedo dar todo yo mejor.”* (Varón, pediatra)

Como observamos en la siguiente cita, los componentes centrales del cuidado para el enfoque médico no son los mismos que para el enfoque psicológico educativo, en el que se remarcaba la importancia de la afectividad y los vínculos estables. En este caso, el enfoque médico destaca la promoción de hábitos como elemento central del cuidado, despersonalizando el vínculo entre cuidador/a – niño/a.

*“Los componentes del cuidado siempre son los mismos, solo dependen del grupo etario: promoción de hábitos saludables, promoción del aseo, prevención de*

*accidentes, estimulación oportuna para el desarrollo integral. Van cambiando en función de la edad.” (Varón, pediatra)*

La anterior cita deja la impresión de que la importancia del/la cuidador se basa en un saber que hay que aplicar y transmitir al niño/a, pero no incluye la afectividad como aspecto central. Sobre este punto, habíamos señalado que en el proceso de construcción social de la maternidad, desde mediados del siglo XIX se responsabilizó a las mujeres de la salud y bienestar de los hijos e hijas y del resto de los miembros del hogar bajo estrictas normas de higiene, desinfección, tratamiento de alimentos y nutrición lo cual intensificó el trabajo de cuidados. Así, la buena madre era aquella que aplicaba los nuevos principios científicos al cuidado de los suyos. Este mandato parece no haber cambiado demasiado si atendemos a la cita anterior y a la importante presencia de los mandatos médicos durante los cuidados en los primeros años de vida de niños y niñas.

Por otra parte, observamos que este enfoque a diferencia del anterior, no enfatiza en la singularidad de cada niño/a y en los procesos individuales, sino en la generalidades que presentan todos/as los niño/as según su edad. En este sentido, se trata de un enfoque que se centra en las regularidades más que en las singularidades, por lo que tampoco se observa un énfasis en el proceso de construcción del sujeto, como en el enfoque anterior.

Es importante tener presente, que el discurso médico goza de importante respeto y legitimidad en la sociedad, incidiendo fuertemente en las prácticas, sobre todo en los aspectos de crianza de la primera infancia, por lo que las consecuencias en las prácticas de cuidado, tanto si es posible llevar adelante sus recomendaciones como si no lo es, pesan fuertemente en la experiencia de las familias respecto a las decisiones y estrategias de cuidado. Asimismo, es probable que en la mayoría de las familias, el contacto con el saber experto en la etapa de 0 a 3 años, se dé fundamentalmente con el personal médico -a partir de los controles sanitarios- de forma más frecuente que con el resto de las disciplinas que conforman el saber experto en primera infancia.

En este punto, es relevante señalar que según evidencia la Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado, si bien un tercio de la población consulta en primer lugar a sus madres sobre los aspectos de crianza, la cuarta parte de las mujeres consulta en primer lugar a los médicos o personal de la salud, lo que muestra el lugar de privilegio que tiene este saber en las prácticas y representaciones del cuidado infantil.

Si vinculamos este enfoque con los modelos propuestos por Hochschild, podemos decir que el enfoque médico se asocia al modelo *tradicional*, donde los cuidados son brindados por las mujeres de forma no remunerada. Cabe señalar que este modelo no es sustentable a largo plazo, porque es inviable para la mayoría de las mujeres quienes participan cada vez más activamente del mercado laboral.

### **8.1.3 El enfoque político**

En el caso del enfoque de los /as decisores de política pública o expertos/as en políticas de infancia, se trata de un discurso que focaliza en aspectos macro de la política en construcción, siendo menos problematizador respecto a la conceptualización sobre el cuidado infantil. Al indagar acerca de los significados del cuidado de calidad en los niños/as, las respuestas en este caso no suelen enfocarse en el vínculo entre niños/as y cuidadores/as ni en las dimensiones micro del cuidado, sino que se dirigen a las grandes decisiones que se están discutiendo en el marco del Sistema de Cuidados, como la cobertura, la infraestructura, la coordinación interinstitucional, la descentralización, entre otras.

*“La calidad está dada por tener la máxima cobertura posible, los servicios y en eso está incluida la infraestructura, y cuestiones vinculadas obviamente a la retribución de la gente que eventualmente participe en cualquiera de las modalidades.”* (Varón, autoridad infancia)

*“Estamos convencidos de que necesariamente hay que avanzar, descentralizar, desconcentrar, la mayor territorialización, la coordinación interinstitucional; son para nosotros una cuestión de calidad en este sistema y la posibilidad real de tener decisiones relativamente ágiles, eso iría en una línea de desburocratización; la gestión de los servicios y la supervisión externa e interna de los mismos son presupuestos elementales.”* (Varón, autoridad infancia)

Por otra parte, en este enfoque se observa que hay una asociación del cuidado como una inversión social, más que como un derecho de las todas las personas. Se aprecia una visión del cuidado que podríamos llamar economicista, que basa su interés en los frutos que tendrá la implementación de una política de cuidados en la reducción del gasto futuro en la sociedad, debido a que se afrontarán menores costos. En este sentido, desarrollar políticas de cuidado contribuirá a afrontar de mejor manera los grandes

problemas sociales presentes, y por tanto es racional invertir en ellas. Es en este sentido que señalamos que no hay una conceptualización del cuidado como derecho que el Estado debe garantizar porque es su deber, sino más bien una visión instrumental donde el Estado debe afrontar estas políticas con la finalidad de solucionar futuros problemas.

*“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 salud)

*“(.) las enfermedades crónicas no transmisibles, los problemas del aprendizaje, el estudio, el rezago, la adicción, son los problemas que nos abruman y tenemos evidencia de que estos problemas se generan en la primera infancia, por tanto es criminal no pensar en políticas a promover cosas buenas en la primera infancia”.* (Varón, autoridad salud)

En este caso, es importante tener en cuenta que las decisiones últimas sobre la política de cuidados recaen en estos actores, por lo que es crucial identificar cómo dialoga este enfoque con la perspectiva de género y derechos.

Del análisis de este enfoque, parece presentarse cierta dificultad para que la perspectiva de género y derechos esté garantizada en el marco de estas macro decisiones centradas en la reducción de costos y problemas futuros, y no en los sujetos del cuidado. Así, este enfoque podría resultar en la definición de políticas que resuelvan las necesidades de cuidado de la población desde un supuesto ideológico de protección a las madres y no de garantía de derechos.

*“(...) nosotros tenemos clara la necesidad social de cuidados de menores de un año, no necesariamente en los sectores más pobres, pero sí en las mujeres que tienen la necesidad de salir a trabajar”.* (Varón, autoridad infancia)

Tal como hemos mencionado en nuestro marco teórico, estos serían los supuestos ideológicos de un régimen familista de provisión del bienestar (Aguirre, 2005). De esta manera, podrían desarrollarse estrategias de conciliación trabajo y cuidados pero que mantengan la responsabilidad del bienestar familiar en las familias, así como la división sexual del trabajo a partir de políticas subsidiarias.

En otro sentido, abordar los cuidados como derecho y desde un modelo desfamiliarizador implica asumir la responsabilidad del Estado como garante de este derecho, siendo la unidad del beneficio el individuo (ciudadano o ciudadana) y no las familias. De acuerdo con esta concepción, el cuidado es un derecho universal, y no un derecho particular, de mujeres que cuidan o de grupos de personas dependientes. Así, Pautassi (2007) señala que no se trata de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino de reconocer la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad.

Para esta autora, tampoco se trata de promover únicamente una mayor oferta de cuidado –de por sí indispensable– sino universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para el cuidado. Será la única forma que trascienda los compromisos inmediatos y que se inserte como un derecho humano fundamental: el derecho a ser cuidado y a cuidar.

Es interesante señalar que en este caso, el enfoque político estaba integrado de expertos varones, lo cual era esperable dada la mayor presencia de varones en cargos de decisión. También aquí pensamos que esta distancia respecto a la dimensión de género en el cuidado se explica en gran medida por la condición de género de quienes integran este enfoque, si bien esta hipótesis requería de posteriores estudios que permitan hacer esta afirmación.

A continuación se presenta un cuadro que resume las principales características de los tres enfoques identificados en el saber experto del cuidado infantil.

Cuadro 1. Tres enfoques en el saber experto sobre el cuidado infantil.

<b>Tipo</b>	<b>Psicológico-educativo</b>	<b>Médico</b>	<b>Político</b>
<b>Conceptualización</b>	Profundo	Homogéneo	Pragmático
<b>Dimensiones claves del buen cuidado</b>	Singularidades (niños/as y familias)	Regularidades	Cuidado como inversión
	Vínculos estables y de calidad.	Aspectos sanitarios del cuidado	Visión economicista
	Importancia de la dimensión afectiva	Importancia de aplicar conocimientos	Desarrollo infantil como fin
	Alta valoración del cuidado como función social		
<b>Recomendaciones</b>	Problematizador	Menos flexible	Soluciones macro
<b>Dimensión de género</b>	Más cercano a la perspectiva de género	Niños/as como centro	Derechos de infancia
<b>Modelos de cuidado o tipos de régimen</b>	Desfamiliarizador / Moderno cálida	Familista / Tradicional	Se muestra desfamiliarizador pero por cuestiones instrumentales, no de género.

Fuente: elaboración propia.

A continuación se presentan otras dimensiones que fueron abordadas en las entrevistas realizadas, donde se aclarará -en la medida que corresponda- los énfasis diferenciados según los enfoques presentados.

## **8.2 La importancia de la función del cuidado infantil**

Al indagar sobre las funciones que engloba el cuidado infantil, claramente hay consenso acerca de que el mismo engloba la satisfacción de una serie de necesidades de los/as niños/as, como la alimentación, la higiene, el abrigo, el juego, la estimulación, y también el mantenerlos/s fuera de peligro.

Estas actividades que el discurso experto desarrolla están recogidas en la definición de cuidados de la que se partía en el marco conceptual de esta investigación, donde establecíamos que el cuidado designa la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana.

Por otra parte, el discurso experto hace hincapié en la fuerte dependencia que los seres humanos tienen al nacer para satisfacer sus necesidades básicas y movilizarse a diferencia de los demás animales.

*“(...) el bebé nace inmaduro, es incapaz de resolver sus necesidades vitales, depende absolutamente del otro que está en función de padre/madre, de acunarlo, de envolverlo, de darle de comer, de todo. Realmente tú tenés que portar, sostener, alimentar y cuidar.”* (Mujer, psiquiatra)

En este sentido, el cuidado se convierte en una función integral, que debe contemplar variados aspectos del bienestar de niños y niñas.

Además de satisfacer las necesidades básicas para su supervivencia, se menciona también a la educación y estimulación entre las funciones básicas del cuidado.

*“El buen cuidado es atender a la persona en su totalidad, no es solo brindarle calor cuando hace frío, es otorgar una buena alimentación, vestimenta adecuada al lugar donde va a estar, desarrollo físico, y estimulación, permitirle moverse, jugar, estimular la parte del habla, de la oralidad y la creatividad”.* (Mujer, educadora)

*“Cuidado no solo tiene que ver con acompañar el desarrollo y el bienestar de los niños sino también la estimulación y la educación que se brinde en este momento, con la alimentación que también es fundamental (...)”.* (Mujer, autoridad educación)

*“(...) esas necesidades pasan por la atención a los cuidados básicos, la alimentación, la higiene, la necesidad de afecto que es fundamental, brindarle oportunidades,*

*oportunidades adecuadas a las distintas etapas, que pasan por materiales, espacios, tiempos para que el niño pueda desarrollarse a nivel psicomotor, a nivel de socialización y a nivel del lenguaje...” (Mujer, psicóloga)*

Sin embargo, el aspecto educativo es problematizado por algunos/as entrevistados para el caso de los primeros años de vida, cuestionando el término “educación inicial”, dado que se entiende que el aspecto central de la función adulta pasa por la habilitación de la construcción del sujeto como tal y no por la función educativa.

*“Yo estoy en desacuerdo total con lo de educación inicial porque no es educación, es hacerse cargo de un bebé, eso no es educar, educar es otra cosa tenés que tener a alguien que sea capaz de ser educado; pero el niño tiene que ir adquiriendo su desarrollo, explorando su cuerpo, entonces hay que darle el espacio, las posibilidades y la atención (...)” (Mujer, psiquiatra)*

Se entiende que la función que cumple el/la adulto/a debe habilitar la construcción psíquica del sujeto, lo que para algunos expertos/as implica más que cuidar, en este caso asociando el cuidado con la vigilancia de que nada le suceda al niño/a desde una actitud pasiva. Lo que se remarca, sobre todo desde el enfoque psicológico-educativo, es que las personas cuidadoras deben ser conscientes de su responsabilidad en la construcción del psiquismo del/la niño/a así como en su desarrollo como sujeto, para lo cual deben poner mucho de sí.

*“(...) si uno ubica que en la primera infancia no contamos con un sujeto, hablar de cuidados solamente parece totalmente insuficiente, porque se trata de dar lugar para participar de alguna manera como otro representante del entorno en el que ese niño se va a desarrollar como sujeto. El término cuidador no da cuenta de lo que se requiere pensar, de lo que se requiere hacer y de las competencias que el adulto debe tener para poder propiciar ese proceso”. (Mujer, educadora)*

Resulta muy significativo este énfasis en la función adulta -que debe habilitar la construcción del sujeto- para el diseño de políticas de cuidado que trae este enfoque, dado que al destacar la importancia del rol decisivo que juegan los/as cuidadores/as en esta etapa de la vida, revalorizan su tarea, aspecto que la política de cuidados deberá promover y considerar en su diseño y definiciones. Necesariamente la población de cuidadores/as se constituye como una población objetivo clave de la nueva política de

cuidados, tanto para poder garantizar la calidad de los cuidados que reciban los niños y niñas así como para garantizar los derechos y las condiciones de trabajo de quienes ejercen esta función tan crucial. Observamos cómo el enfoque psicológico-educativo parte de una alta valoración del cuidado, lo cual es característico del modelo moderno-cálido que propone Hochschild.

### **8.3 Cuidado familiar, en domicilio o en centro infantil ¿hay recetas unánimes?**

#### **8.3.1 El cuidado familiar y los roles de género**

El rol de las familias en el cuidado infantil fue abordado con los/as expertos/as para conocer cuáles son las recomendación respecto a las funciones que deben ser llevadas adelante por las familias independientemente de que los/as niños/as concurren a un centro infantil.

Una tendencia que aparece con claridad es la de otorgarle a las familias ciertas funciones exclusivas. Pero esta tendencia se contrapone con la idea de que cuidadores/as estables y formados/as en el marco de instituciones de calidad pueden también brindar cuidados de calidad. La primera respuesta es asumir que hay funciones que son propias de la madre y el padre, 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 mima 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, pediatra)

Si bien existe esta dificultad de mencionar funciones exclusivas de madres y padres, surge con mucha fuerza en el discurso experto, el papel central que tiene el tiempo diario que madres y padres destinan al cuidado directo como elemento de calidad del cuidado. 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/as al cuidado directo. En lo que se resume como “*función materna*” (que luego es relativizada como función de un/una referente familiar), se expresa una función familiar que aparece como insustituible, donde importa la calidad y la cantidad de tiempo destinado.

*“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, psiquiatra)

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/as 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, psiquiatra)

*“(…) hay que apostar a la calidad pero tiene que haber horas de exposición con los hijos, en dos horas podes 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, pediatra)

Por otro lado, también se observa en las citas cómo si bien se menciona 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. Habíamos señalado que el sistema de género está constituido por un sistema de reglas, normas sociales, costumbres y prácticas que de no seguirse según el mandato son pasibles de recibir sanciones, dado que el propio sistema vigila su cumplimiento.

Por otro lado, resulta pertinente retomar aquí que esta concepción de la maternidad asociada al cuidado directo de niños y niñas es propia de la modernidad, por tanto resulta clave señalar su carácter de construcción social. Esta imagen se impuso a finales del siglo XIX, a través de la cual las madres quedaron encargadas del cuidado de forma personal, no sin importantes dificultades dada la alta participación de las mujeres en las fábricas, en un proceso que al mismo tiempo demonizó el cuidado brindado por el servicio doméstico.

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/as menores de tres años. Partiendo de que estas representaciones sociales se encuentran hoy tan presentes en el discurso experto y en las prácticas de cuidado, se hace necesario que las políticas de cuidado contemplen la realidad de muchas mujeres trabajadoras que tienen serias dificultades para armonizar por razones de tiempo el trabajo de cuidados con el trabajo remunerado, y muchas otras que deciden no participar del mercado laboral debido a la escasez de tiempo.

Como se observa, el tiempo es una dimensión destacada por el discurso experto que hace al cuidado de calidad. Siguiendo a Ramos Torre (2011) las relaciones sociales en su conjunto y la igualdad de género, en concreto, justamente se juegan en ese plano decisivo en el que el tiempo se muestra como un entorno exigente al que se acopla la acción y sus actores. De ahí que las políticas sociales y las políticas de género deban ser diseñadas como políticas del tiempo. Para este autor, los cuidados están temporalizados de una forma que no resulta trivial. Pensando en el tiempo como recurso, en el caso del

cuidado este recurso-tiempo no sólo se concibe en términos económicos, sino también en otros términos –ya sean morales o políticos. De esta manera, el autor señala que el recurso-tiempo no se puede limitar a ser dicho y vivido como un puro recurso económico. Es también, y de forma muy principal, un recurso moral que no se administra según la lógica de la utilidad, la rentabilidad y el beneficio, sino según las determinaciones de un código en el que priman las distinciones que enfrentan lo que se debe y no se debe hacer, lo que es bueno y lo que es malo. Así, cuando alguien utiliza su tiempo en los cuidados no lo hace necesariamente sólo según un cálculo de utilidades, sino también en cumplimiento de ciertas normas morales en las que cree o por las que es creído.

Esta concepción del tiempo nos es muy útil para comprender la incidencia que el discurso experto, desde su posición de prestigio, tiene en las decisiones de las familias y particularmente de las mujeres a la hora de dedicar tiempo a una u otra actividad. Lo que queremos señalar es que este mandato del tiempo diario de cuidado directo, significa para muchas mujeres un motivo de tensión, dado que como es sabido existe una imposibilidad real de disponer de tiempo para el cuidado debido al tiempo que insume el trabajo remunerado, así como el resto de las actividades de trabajo no remunerado, que como es sabido está desigualmente distribuido entre varones y mujeres.

Como ya hemos mencionado, las mujeres destinan en promedio 36,3 horas semanales al trabajo no remunerado mientras que los varones tan solo 15,7; lo que implica que las mujeres invierten más del doble del tiempo que los varones a este trabajo. Por otra parte, las mujeres de las familias en etapa inicial, es decir, aquellas que tienen hijas/os menores de 6 años, son las que presentan el mayor tiempo de dedicación al trabajo no remunerado (57,2 horas semanales promedio). Recordemos también que el trabajo no remunerado de las mujeres se incrementa en 28 horas al pasar de la pareja joven sin hijos a la familia en etapa inicial (con hijos/as pequeños/as). Por tanto, la evidencia indica que el deber ser del cuidado que mandata a las mujeres a encargarse en mayor medida del cuidado directo, tiene un impacto claro en las prácticas de varones y mujeres.

Centrándonos nuevamente en el discurso experto, 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, 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, experta sociedad civil organizada)

*Roles de madres y padres: entre el discurso políticamente correcto, la reproducción de roles tradicionales y la ansiada equidad de género*

Como ya fuera mencionado, el discurso experto presenta diversas tendencias sobre el rol de las madres y los padres en el cuidado infantil. Aún dentro de un mismo enfoque se observan contradicciones sobre este tema, todo lo cual da cuenta del momento de transición donde nos encontramos, 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.

*“(…) 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, psicóloga)

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, pediatra)

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

Encontramos en la 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.

Sobre las funciones de los varones, el saber experto señala que el rol que el padre pueda jugar, aún 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 educación)

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, pediatra)

*“(...) 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 educación)

El saber 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, más allá de la lactancia. Estas diferencias estarían relacionadas con la experiencia del embarazo. Pero el propio enfoque, sobre todo el psicológico-educativo, sostiene que este aspecto biológico ha sido enfatizado por la cultura, negando a los varones la posibilidad de desarrollar las mismas cualidades a partir de la práctica, lo cual es posible. En este sentido, se reconoce y recomienda que el padre varón, aún sin haber experimentado el embarazo pueda recuperar esta desventaja

a partir del contacto cercano con el recién nacido/a. Se visualiza claramente entonces, siguiendo este argumento, la necesidad de licencias paternales más extensas de las que actualmente existen en Uruguay (que otorgan tres días en el caso de los empleados privados y diez días para los públicos), para posibilitar el contacto íntimo recuperando las posibles desventajas respecto a la experiencia del embarazo que tiene la madre.

*“(...) lo que se da inicialmente con la madre por la propia cuestión biológica que viene ya como predeterminada por todo lo que implica el embarazo, y después quizás hay algunos estudios que muestran que desde esa impronta más biológica hay capacidad en la preocupación maternal primaria que permite que a la madre le sea más fácil empezar a comprender esas señales del bebé con respecto a sus necesidades, pero, si eso es bastante acompañado en la diaria por el padre él fácilmente puede empezar a entenderlo y a desarrollarlo”.* (Mujer, psicóloga)

Por otro lado, reconociendo el carácter social y construido de los roles y competencias de género, se afirma que varones y mujeres son complementarios en el cuidado de los niños/as.

*“(...) realmente ves los beneficios que tienen para el papá, para el niño y para la madre, hay aspectos que se comparten y aspectos que se complementan desde las propias particularidades del género, que enriquecen al desarrollo, hay estudios que han mostrado que el juego del padre, ese juego más físico que tiene que ver con el juego de lucha, eso que las madres no nos animamos a hacer, tiene una función en la auto-regulación en los impulsos del niño que se ve potenciada con ese juego que hace con el padre; con la madre desarrolla otras competencias que tienen que ver con el vínculo que establece la mamá que es más de hablar, de lo que tiene que ver con el contarle, y que se complementan (...)”.* (Mujer, psicóloga)

Simultáneamente a esta posición más favorable a la equidad de género en el cuidado – que está presente en el discurso psicológico-educativo-, 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, experta infancia sociedad civil)

En este sentido, la posibilidad del amamantamiento se plantea como obligación y no como opción, dado que se le asigna un rol determinante en la salud del niño/a y en el propio desarrollo de la mujer. Estas posiciones están más presentes en el caso del enfoque médico.

Encontramos entonces cómo conviven discursos más habilitadores de la presencia masculina y de la posibilidad de que la lactancia sea sustituida cuando no están dadas las condiciones para que se lleve a cabo de la mejor manera, con discursos que enfatizan en que es insustituible y determinante para la vida del niño/a.

### ***8.3.2 Cuidado en centros infantiles, ¿hay una edad ideal para el ingreso?***

El primer año de vida es señalado como central para el posterior desarrollo del niño/a, por lo que el saber experto remarca la importancia de garantizar cuidados de calidad en esta etapa. Ahora bien, respecto a quiénes deberían proporcionar ese cuidado, la tendencia más marcada es que sea el entorno familiar, destacando sobre todo la importancia de la atención personalizada. En este sentido, se establece una clara separación entre el primer año de vida y lo que suceda a partir de este momento. Parecería que el mayor consenso se ubica en que durante el primer año de vida el cuidado se desarrolle dentro del domicilio, aunque como veremos más adelante, algunos/as expertos/as tienden a relativizar esta postura más que otros/as.

*“El primer año es fundamental en la estructuración psíquica. Lo ideal es que esté en su casa, no en guarderías por más mejor calidad que tengan y sofisticadas que sean”.* (Mujer, psiquiatra)

*“(…) hay que tener en 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 salud)

*“Una cosa es entre cero y uno o entre uno y dos y en segundo lugar vendría el bloque de dos a tres. Esta diferenciación marca en principio algunas prácticas recomendadas, ¿no?; claramente entre cero y uno todo indicaría que es mejor el cuidado dentro del hogar.”* (Varón, autoridad infancia)

*“Antes del año es impensable la institucionalización de un niño, ahí hay discusiones (...) Antes del año es discutible, después del año no se discute más”.* (Varón, autoridad infancia)

El enfoque médico plantea como situación ideal que los/as niños/as concurren a un centro infantil luego de los dos años, cuando hayan finalizado la primera dosis de vacunas.

*“Ideal sería que lo cuidaran solo los padres. Yo tengo un bebe de dos meses. Lo ideal es que estemos los dos, pero somos los dos médicos. Como segunda opción sería un familiar. El jardín es algo bueno por el estímulo pero a partir de la primera dosis de vacunas completa, con los refuerzos. A los dos años.”* (Varón, pediatra)

El enfoque médico se centra en los beneficios del cuidado en el hogar, asociados a la prevención de enfermedades. En este sentido, nos interesa señalar que la posibilidad del cuidado exclusivo en el hogar durante los primeros dos años de vida, no es viable para muchas familias y que es muy probable que las mismas vivan esta situación con culpa.

Desde el enfoque psicológico-educativo aparece más claramente la relatividad en la postura respecto a la edad de concurrencia de los niños al centro infantil. Se problematiza en mayor medida que en el discurso médico 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 forzáis porque es un lugar de sufrimiento para ella y para el niño también.”* (Mujer, educadora)

*“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 educación)*

*“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 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, educadora)*

Resulta claro que los ámbitos de inserción profesional de los/as entrevistados/as influyen en el tipo de respuestas sobre la edad ideal de concurrencia a un centro infantil. Aquellos/as 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, educadora)*

*“Es todo muy delicado, si vos decís que con dos años, pero si en el hogar no están en buenas condiciones y el chico no está bien cuidadito”. (Mujer, psicóloga)*

Sin embargo, en general también en este discurso está presente la idea de que antes del año y medio o dos años la situación ideal es que niños y niñas sean cuidados/as en su casa.

*“(…) hay que pensar qué recursos tiene la familia, por lo general uno tiende a pensar que el ámbito de los niños de cero a tres años es la casa, con sus pertenencias, su cama; lo ideal sería que pudiera ser criado dentro de su casa, con una persona que esté dedicada a él y a algún otro niño.” (Mujer, psicóloga)*

En este sentido, se identifica también a 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 sus 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 educación)

La posibilidad del habla también se considera importante dado que permite al niño/a expresarle a sus cuidadores/as 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/as 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, psicóloga)

Como se observa en la siguiente cita, si bien los dos años aparecen como la edad que presenta mayor consenso para la entrada de los/as niños/as al centro infantil, siempre desde este discurso psicológico-educativo, se relativiza más al respecto de establecer una edad aplicable a todos/as los/as niños/as.

*“Los dos años es por fijar una edad, porque en esta edad es tan variado el proceso, el niño puede empezar a hablar a los 16 meses o capaz que empieza a los 2 años, en unos meses cambia mucho por lo cual el ideal es fijarse en cada caso.”* (Mujer, maestra)

Por otra parte, en el caso del el discurso que hemos denominado 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/a 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/as 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, psicóloga)

### *Beneficios que implica el cuidado en un centro infantil*

Si bien como se ha señalado hay algunas variaciones respecto a la edad ideal de concurrencia de los/as niños/as al centro infantil, hay consenso en que los centros de cuidado infantil son beneficiosos para el desarrollo de los niños/as así como para quienes asumen el cuidado en las familias.

En primer lugar, se señala que el centro infantil ofrece la posibilidad de la socialización y estimulación, que es definida como una necesidad propia del desarrollo infantil.

*“A partir de los dos años, las ventajas pasan por la estimulación. El hecho de que el niño tenga la posibilidad de estar con pares sin duda es un estímulo muy importante. Uno nota realmente el impacto.”* (Varón, pediatra)

*“(…) 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 infancia)

En segundo lugar, los centros infantiles brindan la posibilidad de realizar un trabajo de apoyo a las familias en el que se transmiten pautas de crianza saludables. Esta ventaja es señalada sobre todo en el caso de los centros CAIF, que como es sabido están orientados a la población de bajos recursos económicos, y es remarcada fundamentalmente en el caso de las mujeres que tienen a cargo de forma exclusiva el cuidado infantil.

Los beneficios que aporta el centro infantil dependen también de las características que ofrezca éste, aspecto que se abordará más adelante, pero también de que estén dadas ciertas condiciones en el desarrollo del niño/a. Estas condiciones tienen que ver fundamentalmente con la edad y nivel de desarrollo, pero también con haber experimentado una afectividad segura. De esta manera, hay ciertas condiciones afectivas que tienen que estar dadas para que los centros infantiles impacten positivamente.

*“(…) el niño va a poder compartir cuando sienta que recibió todo lo que necesitaba recibir, no es una cuestión de aprendizaje sino de algo que nos nace (…) pero cuando se estableció eso, pero si todavía no se estableció eso que psíquicamente tiene un significado que tiene que ver con una representación del vínculo que tiene con su madre, si todavía no se construyó y ya se está dando la separación es como que estamos apresurando procesos psíquicos y no estamos respetando los tiempos naturales”.* (Mujer, autoridad educación)

### **8.3.3 Condiciones necesarias para brindar cuidado de calidad en los centros de cuidado infantil**

Respecto a las características que deben tener los centros infantiles para brindar cuidado de calidad, parece haber consenso entre los/as expertos/as. Así, encontramos que el número de niños/as por cada adulto/a aparece como un aspecto central para garantizar una atención lo más personalizada posible. Otro aspecto muy mencionado es la formación de las personas a cargo del cuidado, aspecto que será profundizado más adelante. La infraestructura adecuada es otro factor que se destaca, la cual debe adaptarse a las edades de los/as niños/as y no presentar riesgos para éstos/as. Esos son los aspectos más mencionados por el discurso experto.

*“Tener lugares donde el peligro sea casi nulo, tener personal estable porque son referentes para un niño”.* (Mujer, psicóloga)

*“(…) desde la cantidad de espacio que necesitan esos lugares para que ellos puedan explorar, gatear, desde la calidad de los salones que muchas veces se hacen pensando en los adultos y no en los niños, pensar en lugares que sean de tranquilidad y lugares que favorezcan el movimiento.”* (Mujer, autoridad infancia)

Otra cualidad que tienen que tener los centros infantiles para garantizar calidad en los cuidados es el desarrollo de un vínculo cercano con las familias, basado en una fluida comunicación.

*“(…) un punto fundamental es el vínculo con la familia, acciones que apunten a la coeducación, la participación de la familia, iniciativas de cómo quieren que sea ese centro, ahí la comunicación es fundamental, tiene que haber cierta continuidad entre*

*las pautas de crianza que el niño trae del hogar y las que se continúan en el centro y eso implica mucho diálogo (...)*". (Mujer, psicóloga)

*"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, educadora)

El componente educativo de los centros de cuidado infantil, también es señalado como un factor que garantiza la calidad de los cuidados, si bien, como hemos mencionado no hay un consenso al respecto.

*" (...) otro de los criterios de calidad es que los cuidados básicos también sean pensados desde una intencionalidad educativa, que no pasen solo por cubrirle la necesidad biológica al niño, sino que favorezcan el adiestramiento, darle sus tiempos al niño, hablar; hay un ejemplo en relación a poder entender que el niño es un sujeto y no un objeto, cuando uno lo va a cambiar debería establecer un diálogo, decirle por qué lo va a cambiar y eso para todas las necesidades básicas; el momento de la entrada y la salida, son momentos que hay que cuidar mucho, cómo es recibido ese niño, cómo se despide"*. (Mujer, psicóloga)

Otra característica que deben tener los centros infantiles para garantizar cuidado de calidad son los equipos multidisciplinarios integrados por profesionales de la psicología, trabajo social, la psicomotricidad y la educación. Se insiste entonces en la importancia de la formación especializada del equipo técnico y en que éste cuente con diversas herramientas que se adapten a las distintas etapas de los/as niños/as. En este sentido se destaca como ejemplo la integración de los equipos de la propuesta CAIF. Respecto al equipo técnico se señala también la importancia de la permanencia y sostenibilidad del mismo, de forma de establecer vínculos estables.

Por otra parte la calidad estaría vinculada a la oferta de actividades de los centros. Así, se entiende que es fundamental el juego y la estimulación de la creatividad para el desarrollo en estas edades, así como también una propuesta planificada, con la colaboración de pedagogos/as. La propuesta para ser de calidad tiene también que respetar la individualidad de los procesos de cada niño/a.

Cuadro 2. Características necesarias para el cuidado de calidad en los centros infantiles según el saber experto.

<b>Dimensión</b>	<b>Características</b>
<b>Infraestructura</b>	<b>Acorde a la edad</b>
	<b>Que no contenga riesgos</b>
<b>Recursos Humanos</b>	<b>Equipos multidisciplinarios</b>
	<b>Equipos estables</b>
	<b>Formación</b>
	<b>Pocos niños/as por adulto/a</b>
<b>Vínculos</b>	<b>Comunicación fluida con las familias</b>
	<b>Apoyo a las familias en el mejor desempeño de la función del cuidado</b>
	<b>Centros abiertos a la comunidad</b>
<b>Propuesta</b>	<b>Respeto a la singularidad de cada niño/a y su familia</b>
	<b>Diseñada, planificada</b>

Fuente: elaboración propia.

#### **8.3.4 El cuidado domiciliario remunerado**

Respecto a la posición sobre el cuidado en el hogar realizado por un/a cuidador/a contratado/a, los/as expertos/as se encuentra divididos entre quienes recomiendan esta opción porque mantiene al niño/a en su hábitat y entorno cercano, no exponiéndolo además a los riesgos en su salud, y quienes entienden que el cuidado de una persona que está sola con el niño/a no representa la opción más segura.

*“Con las condiciones necesarias, también lo digo como madre yo opté por esa opción porque es el hábitat del bebé, su siesta, su cunita, sus olores, lo que representan las cosas de sus padres, los libros que miró con la madre el día anterior, está en su micro mundo; Estando las condiciones óptimas, en cuanto a los recursos de los padres para*

*contratar una persona de confianza y estable que esté en su casa, para mi es lo ideal pensando como profesional y como madre”.* (Mujer, psicóloga)

Quienes no recomiendan esta opción, argumentan por un lado que frente al centro infantil, la persona en el hogar ofrecería menos oportunidades de estímulo para el/la niño/a.

*“Yo te diría que cada caso es muy particular, eso es lo que la clínica me ha mostrado; cuando entrevistas a una persona para dejarle a un niño es muy difícil darte cuenta si esa mujer, podrás darte cuenta de cosas muy groseras, pero lo fino es muy difícil de notar, por eso creo que cada vez la gente los lleva más a instituciones. Un bebé agota, por eso a veces cuando una persona se queda con un niño y tiene además un montón de cosas para hacer, capaz que el niño no está bien atendido, a veces en un instituto pueden apoyarse mutuamente”.* (Mujer, psicóloga)

*“(…) todo depende de con quien lo dejes, aun en situaciones económicas buenas se sientan a mirar la televisión y los niños quedan en el cochecito, y ese es un riesgo que se corre, si no se está muy atento.”* (Mujer, educadora)

Como ya fue mencionado, la idea de que la persona en el hogar ofrece menos seguridad a los padres es otra de las desventajas de esta modalidad de cuidado. Esto también es percibido por la población uruguaya, como evidencia la Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado antes mencionada, que muestra que la mayoría de la población uruguaya enviaría a sus hijos/as a centros infantiles a más temprana edad de lo que los dejaría al cuidado de otras personas en el hogar.

*“(…) también un adulto sólo en un hogar con un niño que no habla, es un tema. Si no está preparado, si no hay un control bien hecho. Es un terreno que no lo ve nadie. Solo el que está. Hay que pensarlo mucho. Yo creo que es mejor la institución, en todos los contextos. La empleada doméstica en estratos altos se ha visto de todo. (...) En términos de políticas, si tuviera que poner el peso en algo, lo haría en lo institucional, yo se que es más caro, pero sin duda.”* (Mujer, educadora)

*“Si yo puedo tener a un familiar, prefiero a un familiar. En mi caso tengo la suerte de tener las dos abuelas. Esto va mucho en la confianza, va en cada uno, yo en este momento, capaz que porque es chiquito pero me parece que no sería mi primera opción”.* (Varón, pediatra)

Se sostiene que si bien la formación es un aspecto que ayudará a establecer dicha confianza, la misma no se generará automáticamente. De esta manera, el centro infantil aparece como una opción más segura, dado que permite mayores controles por la presencia de varios adultos/as.

*“(...) respecto a las cuidadoras, según lo que yo vengo estudiando siempre hay como un riesgo mayor, en una institución educativa puede pasar que haya una educadora que en algún momento no cumpla la función como la tiene que cumplir, pero siempre hay otros adultos que pueden percibir la situación, que están en la vuelta y son capaces de cambiar esa situación; en cambio cuando estás solo con una persona que la familia no conoce, tengo varias experiencias de familias que vienen al jardín con situaciones muy complicadas en ese sentido (...)”* (Mujer, psicóloga)

Por otra parte, también en este caso, encontramos que los ámbitos de inserción profesional inciden en la preferencia por este tipo de cuidado. Quienes tienen experiencia de trabajo con población de menores recursos socioeconómicos, tienden a pensar que esta opción no es la deseable ni la posible, sobre todo en contextos de extrema pobreza.

*“Me vuelvo a ubicar en el cantegril y pienso ¿cómo si viven ocho en esa habitación puedo pensar en una figura que vaya a cuidar a un bebé? No pasa por la estigmatización, pero mientras no se solucione el tema de la vivienda ¿cuál es la estrategia?”* (Mujer, educadora)

#### **8.4 Sobre el rol y cualidades de los y las cuidadores/as**

##### *La falsa oposición entre cuidadores/as y niños/as*

La calidad de los cuidados está profundamente relacionada a las cualidades de las personas que cuidan y a las condiciones en las que se encuentran. Este binomio cuidador/a – niños/as suele estar presente en el discurso experto, pero se observan distintos grados de énfasis respecto a la mención e importancia que se le otorga a quienes cuidan.

Observamos que el enfoque proveniente de la psicología y educación suele desarrollar más la idea del aspecto relacional del cuidado, mostrando una preocupación más evidente por las personas que cuidan que la observada en los otros enfoques.

En el enfoque proveniente de los/as decisores/as de política pública de infancia, encontramos que si bien los dos sujetos que participan del cuidado están presentes en el discurso, finalmente se hace un claro énfasis en los/as niños/as desde lo que consideramos una falsa oposición de derechos.

*“(...) el núcleo es el desarrollo infantil, lo que debería prevalecer a la hora de definir políticas; independientemente del arreglo en términos de cuidados, ese tiene que ser el objetivo, el desarrollo infantil.”* (Mujer, autoridad educación)

*“(...) el sujeto central para nosotros son los niños y las niñas, hay otra postura donde se pone como centro a la mujer, no deja de ser importante; tenemos claro que hay una perspectiva de género, pero nosotros entendemos que el centro de nuestro planteo está en los niños.”* (Varón, autoridad infancia)

Sin embargo, tal como señalan sobre todo quienes provienen de la psicología, centrar la atención sólo en los/as niños/as implica caer en una falsa oposición, dado que el cuidado de calidad implica necesariamente condiciones óptimas para las personas que cuidan. Desde esta perspectiva, no invertir en generar las mejores condiciones para quienes cuidan implica no invertir en el bienestar de los/as niños/as. Desde la perspectiva de género esto implica además no reconocer a los/as cuidadores/as también como sujeto de las políticas de cuidado.

Esta falsa oposición puede ser fácilmente saldada si retomamos la noción del cuidado como derecho. Habíamos señalado que el derecho al cuidado debe ser considerado en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía, desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir desde el derecho a dar y a recibir cuidados. Esto implica por un lado el derecho a 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. Por otro lado, el cuidado como derecho implica 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. En este sentido, las políticas de cuidado no deberían entenderse como 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. Retomando a Pautassi, 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 (Pautassi, 2010).

Otro aspecto que se vincula con este binomio cuidador/a-persona cuidada refiere a los derechos de las personas que trabajan en el sector cuidados, y al hecho de que el cuidado de calidad dependerá de que el/la trabajador/a tenga buenas condiciones de trabajo, realidad que actualmente no es la más frecuente. Según ha evidenciado Aguirre (2011), el 96% de las personas ocupadas en cuidados son mujeres, siendo los cuidados uno de los sectores de los servicios sociales donde hay mayor predominio femenino. Señala la autora que la segregación que caracteriza estos empleos se acompaña de su desvalorización, la cual se deriva de la división sexual del trabajo. Así, la asignación de las mujeres a la esfera familiar y doméstica ha legitimado su desventaja en la esfera laboral y su ubicación en empleos poco calificados. De esta manera, las cualidades que se reconocen como específicamente femeninas no se corresponden con una valoración en el mercado de trabajo debido a que son atribuidas a las mujeres en función de su “naturaleza” o porque fueron adquiridas por socialización. Según Aguirre, la literatura especializada muestra que en muchos países la creación y expansión de los servicios sociales de atención a la dependencia mantiene la feminización de las ocupaciones del sector, no mejora la valoración del trabajo de cuidados y los niveles salariales permanecen bajos. En Uruguay se trata de un sector desvalorizado, mal pago y con un nivel de aporte a la seguridad social significativamente menor al de otras ocupaciones (6 de cada 10 cuidadores/as no realizan aportes).

#### *Profesionalización vs sensibilidad y amor*

Respecto a cuáles son las cualidades que deben tener las personas que cuidan para brindar un cuidado de calidad a los niños y niñas, encontramos por un lado quienes hacen un fuerte énfasis en la formación mínima necesaria y quienes destacan otras cualidades vinculadas a la sensibilidad de las personas para comprender las necesidades de los/as niños.

*“El cuidado de calidad no depende solo de una formación particular, 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 educación)

*“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 educación)

*“(…) no todas pueden ni están psicológicamente preparadas, están cumpliendo la función materna muy bien. Hay gente que cree que por que contrató una estudiante universitaria de niñera, son desastrosas, el sentido común no pasa por la universidad”.* (Mujer, psiquiatra)

Observamos cómo, no resulta claro identificar con precisión cuáles serían las cualidades que permitan establecer un perfil de cuidador/a 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 e intangible, tiende a mantener a las mujeres atadas al cuidado, dado que son a quienes socialmente se les ha asignado este don innato del cuidado como ya sido mencionado. Cabe retomar aquí, los aportes de Carrasco, Borderías y Torns (2011) respecto a que si bien a fines del siglo XIX la educación para la maternidad fue incorporándose como parte de la educación formal de las mujeres, paralelamente y contradictoriamente el trabajo de cuidados fue cada vez menos considerado como trabajo y más como producto del amor maternal.

Volviendo al discurso experto, encontramos por otra parte 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, autoridad educación)

*“Tiene que tener capacidad de observación, de comunicación, de relacionarse afectivamente en un vínculo sano, positivo, que se enfoque al crecimiento del niño. No que sea, es mío, tengo a quien mimar, lo agarro lo aprieto y no lo dejo crecer”.* (Mujer, autoridad educación)

*“Es una de las tareas más especializadas, más delicadas, profundas y de mayor responsabilidad que puedan existir dentro de los cuidados”.* (Mujer, autoridad educación)

En síntesis, podemos señalar que el perfil de los/as cuidadores/as infantiles se encuentra en construcción, donde aún no es posible distinguir claramente las exigencias formativas ni surge con claridad las cualidades requeridas. Como señalamos en nuestro marco conceptual, el sistema de género implica la definición de jerarquías de valor y prestigio (Anderson, 2006) y observamos cómo la dificultad de valorar la tarea de cuidado va de la mano con esta naturalización de las cualidades necesarias como cualidades innatas de las mujeres. De esto se desprende que para poder valorar esta tarea y legitimarla como trabajo prestigioso y atractivo, es preciso realizar los esfuerzos para poder objetivar esas cualidades, visualizar las exigencias de las tareas y remunerarlas adecuadamente, de forma de que tanto varones como mujeres puedan sentirse atraídos a desarrollarlas.

## **8.5 Políticas de cuidado recomendadas**

### **8.5.1 Alternativas para articular los cuidados infantiles con la jornada laboral**

Otro aspecto indagado en las entrevistas con los/as expertos/as refiere a su recomendación sobre la solución más adecuada para el cuidado de niños/as de 0 a 3 años durante la jornada laboral completa de los padres. Encontramos que hay un reconocimiento por parte del grupo de expertos/as de las dificultades que las familias tienen para afrontar el cuidado infantil durante la jornada laboral. En este sentido, hay consenso sobre la necesidad de implementar políticas públicas que apoyen a las familias en el cuidado, si bien se observan distintos énfasis respecto a las modalidades a implementar.

Una tendencia muy señalada es que las políticas a implementar tienen que favorecer la presencia de padres y madres disponibles para el cuidado en domicilio en los primeros dos años a través de extensiones de licencias o subsidios.

Por otra parte se menciona la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de cuidado extra hogar para niños/as menores de 3 años, pero esta medida no genera consenso sobre todo en el primer año de vida. Se menciona la posibilidad de exigirle a

las empresas que concentran personal en edad reproductiva la instalación de servicios de cuidado, permitiendo que padres y madres puedan desempeñarse laboralmente estando sus hijos/as en un centro en el mismo lugar donde trabajan.

Lo que aparece como indiscutible es que en ambas opciones, tanto en el cuidado domiciliario como en el extra domiciliario, es la presencia del Estado, acompañando a las familias y garantizando una oferta variada de modalidades de cuidado que permita a las mismas la posibilidad de elegir la que consideran más conveniente.

Respecto al tiempo que se recomienda que niños de 0 a 3 años concurren al centro infantil, en general el discurso experto se inclina por el medio horario. Nuevamente, encontramos presente una contraposición entre lo ideal y lo posible, dado que respetar este mandato exige a los padres y madres insertos/as en el mercado de trabajo contar con la posibilidad del medio horario, contratar un/a cuidador/a o contar con cuidadores/as familiares para cubrir el resto de la jornada laboral. Definitivamente muchas familias no cuentan con estas posibilidades, lo cual exige implementar estrategias de cuidado que en muchos casos implican el alejamiento o flexibilización de las mujeres de las familias del mercado laboral.

*“(…) no se recomienda todo el día, se recomienda ir al jardín pero medio horario. El niño de tres años sigue siendo tierno, lo ideal es estar un rato y después volver a su casa o a lo de su abuela”.* (Mujer, psiquiatra)

*“Los niños institucionalizados ocho horas con cuatro meses de edad no es lo ideal, digo, por supuesto que lo van a estimular, pero nunca lo van a estimular como el contacto cara a cara de un ser cercano, es imposible, es insustituible.”* (Mujer, experta infancia sociedad civil)

#### **8.5.2 Garantizar la posibilidad de elección en una variada oferta de prestaciones**

Si bien como se ha abordado en el apartado sobre la edad ideal de concurrencia a un centro infantil, hay consenso en general de que entre el año y medio y los dos años es la edad de ingreso al centro infantil más apropiada, al preguntar sobre qué servicios se deberían prestar en el marco de un Sistema Nacional de Cuidados, hay consenso en que la oferta de servicios y prestaciones debe ser variada. La relativización expresada anteriormente respecto a la imposibilidad de establecer un momento ideal para todos/as los/as niños/as, se evidencia también en el tipo de respuestas respecto a los posibles

servicios a ser creados, insistiendo en la imposibilidad de pensar propuestas únicas para todos/as los niños/as.

*“Es tan necesario pensar en un abanico de ofertas, este niño tendría que estar algunas horas en un centro bajo ciertas condiciones, y otro quizás necesita una orientación a la familia, no se puede excluir una forma de respuesta de entrada como se está excluyendo de entrada pensar en no dar la posibilidad de dar los centros para los bebés.”* (Mujer, educadora)

*“ (...) creemos que el sistema tiene que darle las opciones a la gente de elegir como cuidar a sus hijos; hay mujeres que prefieren ir a trabajar y dejar a su hijo con una cuidadora y hay mujeres que prefieren tener un subsidio y poder trabajar medio horario, o preferir que lo cuide el papá (...) tiene que haber opciones, la familia no puede estar condicionada a quedarse en su casa o a tener que salir corriendo a trabajar cuando su bebé tiene un año y medio y volver para darle la teta y volver a salir, no le hace bien ni a la mamá ni al niño”.* (Mujer, experta infancia sociedad civil)

La escasa oferta de servicios de cuidado infantil para menores de 3 años, incide, para algunos/as profesionales en la percepción que la población tiene acerca de lo que es mejor para sus hijos, inclinándose por el cuidado familiar por ser la modalidad más conocida. En este sentido, la creación de servicios de calidad y de diversas ofertas permitiría ampliar el espectro de modalidades valoradas por la población.

*“Debería haber una oferta, que ahí es donde viene el tema más complicado, una oferta muy buena porque a veces las familias dudan cuántas horas, qué va a suceder ahí, no está instalado un modelo entonces eso podría llegar a generar que es mejor que estén con la familia”.* (Mujer, educadora)

*“(...) hay que formar a la familia para que corrija, para que discuta y para que elija.”* (Mujer, educadora)

Por otra parte, surge la preocupación porque el Sistema de Cuidados genere ofertas diferenciadas para los distintos estratos socioeconómicos. En este sentido, se plantea nuevamente que hay que evaluar las necesidades de cada familia, pero sin asumir de antemano cuál es la situación más adecuada dado su nivel socioeconómico.

*“(…) no sería tan loco pensar en algo que no sea “todos para acá o todos par allá” sobre todo cuanto más bajamos en la escala social.”* (Mujer, educadora)

*“(…) yo veo que hay como una onda de eso de “hagamos guarderías” porque eso está muy pensado para los sectores populares, cualquier madre de clase media o alta no querría mandar a su hijo a una guardería a los dos meses; mi pediatra me dijo que los nenes no tienen que ir a la guardería hasta los dos años”.* (Mujer, experta infancia sociedad civil)

Por otra parte, también se plantea que muchas de las propuestas que se están discutiendo parten de una concepción de “clase media” que no contempla su aplicabilidad en los contextos de nivel socioeconómico más bajo.

*“Lo que yo digo es que me parece que a veces los sectores altos pensamos opciones para los sectores bajos que no son las que nosotros tomaríamos. El tema es que también la oferta sea para todos los sectores.”* (Mujer, experta infancia sociedad civil)

### **8.5.3 Acompañamiento a las familias en la función del cuidado**

Por otra parte, se consultó a los/as expertos/as qué otros servicios deberían brindarse además del mayor acceso y la creación de más centros de cuidado infantil.

Una modalidad de apoyo a los cuidados muy mencionada en las entrevistas es el acompañamiento a las familias en los primeros años de crianza de los/as niños/as. Este acompañamiento, podría asumir diversas modalidades según el discurso experto, pero se aprecia un consenso importante en la necesidad del mismo en todos los sectores sociales. Incluiría apoyo técnico sobre cómo brindar cuidados de calidad, dado que se reconoce que no hay suficiente información al respecto y que las nuevas generaciones de padres y madres están más solas, o menos acompañados/as por abuelos o abuelas que puedan transmitir el conocimiento y la experiencia.

*“(…) con el apoyo de alguna institución estatal que brinde talleres, capacitación, acompañamiento, hoy tenemos el plan aduana para los casos de riesgo pero podría hacerse extensivo, o sea, tener en cuenta un servicio, acompañamiento, guías, visitas al hogar si la familia lo dispone”.* (Mujer, autoridad educación)

*“Cuando había varias generaciones viviendo en la misma casa se veía como criarlo; ahora la pareja está como muy sola y no hay modelos, entonces a veces las mujeres se encuentran solas ante un bebé y no saben. Una de las cosas que yo le repetía a mis estudiantes de enfermería era “Ustedes no le enseñen a la mamá ponerle el pecho al bebé, esperen, transmítanle la confianza de que ella va a encontrar su manera”.* (Mujer, psicóloga)

Este tipo de apoyo se brindaría por ejemplo en las consultas pediátricas, en un espacio que aproveche el tiempo de espera de padres y madres, o mediante los propios centros de cuidado infantil. El acompañamiento también implicaría un sostenimiento a nivel psicológico, de contención frente a momentos de importante estrés frente a la difícil articulación entre trabajo y cuidados infantiles.

*“Me parece que habría que hacer un acompañamiento a esos padres en esto tan difícil que es tener que desprenderse de un hijo para ir a trabajar (...) Generalmente cuando se dan charlas en los jardines uno ve que los padres están ávidos, y una charla es tan poquito, en cambio un acompañamiento, debería haber aunque sea un grupo de padres para hablar de las dificultades básicas, lugares donde los padres puedan sentirse sostenidos y donde puedan intercambiar opiniones y experiencias (...)”* (Mujer, psicóloga)

En este sentido, se señala como buena práctica el espacio de intercambio que ofrecen los centros CAIF, para padres y madres, en donde éstos/as pueden intercambiar con profesionales y con otros/as padres y madres acerca de los cuidados infantiles. Hay consenso en que esta práctica sería beneficiosa para todos los sectores sociales. Se entiende que el Estado no debería dejar de atender bajo alguna modalidad a los sectores medios y medios altos respecto a este acompañamiento, dado que no necesariamente las parejas jóvenes de estos estratos cuentan con las herramientas y el sostén necesarios para brindar un cuidado de calidad, o con los espacios para poder compartir su experiencia con otros/as padres.

La importancia del apoyo estatal en esta etapa para todos los niveles socioeconómicos es una recomendación muy presente en el discurso experto, tendencia que se contrapone a la focalización de las políticas de cuidado en los sectores económicamente más vulnerables. Esta recomendación va en línea con la conceptualización del cuidado como derecho universal, de la que habíamos partido en esta investigación.

*“Porque me parece que lo que es importante es saber que uno no está solo en esa crianza del hijo, que hay un otro más social que es parte de. El médico, el centro infantil. Otro que tiene una labor responsable en eso. Si no también es una labor muy solitaria. Hay familias que no tienen redes.”* (Mujer, educadora)

Este tipo de recomendaciones, indican que si bien se recomiendan los cuidados familiares en el primer año de vida o los primeros dos años, el Estado no debería desvincularse por completo de esta responsabilidad, sino que por el contrario, debería brindar servicios de apoyo universales que aseguren cuidados de calidad y buenas condiciones para el mismo, no dando por sentado que las familias garantizan la calidad en esta tarea.

#### **8.5.4 Sugerencias sobre políticas de corresponsabilidad**

El discurso experto plantea una serie de sugerencias en torno a la ampliación o modificación de las políticas existentes de corresponsabilidad. Se identifica como problema que las políticas existentes no acompañan los cambios sociales, por tanto surge la necesidad de diseñar e implementar políticas que respondan a estos desafíos: el incremento del trabajo remunerado de las mujeres; la reducción de los miembros de la familia y la inexistencia de modelos de crianza cercanos.

*“ en mi casa estaba mi madre todo el día, mi padre cumplía un horario, ahora eso no está, y la abuela es la que comanda toda la situación, te enfrentás a qué hago, a los 45 días tenés que enfrentarte a trabajar, y vos todavía amamantando, tratándote de ordeñar, en algunos lugares te dan la media hora en el trabajo pero en otros no, entonces vos dolorida, durmiendo mal, tenes que afrontar la situación, lo llevas al maternalito, a los tres días lo sacás porque está toda roja la cola y llamás a una persona que venga a tu casa, y después resulta que mira la tele, es complicado, se dan una serie de situaciones que la mamá no puede y a veces en la pareja misma no se sabe cómo resolver, y eso influye en el desarrollo del niño.”* (Mujer, neuropediatra)

*“Cuando decimos que los cuidados están concentrados en las mujeres, que los hombres participan poco de los cuidados, que hay cambios en las estructuras familiares en realidad si eso no lo acompañas de una legislación que contemple ese cambio, estamos mal, allí hay mucho camino para hacer.”* (Varón, autoridad salud)

*“Cuando había varias generaciones viviendo en la misma casa se veía como criarlo; ahora la pareja está como muy sola y no hay modelos, entonces a veces las mujeres se encuentran solas ante un bebé y no saben.”* (Mujer, psicóloga)

Una primera sugerencia que surge del discurso experto es la modificación de la licencia por lactancia por una que permita el cuidado de la familia en los primeros meses de vida. En este sentido, se apunta a un cambio en la conceptualización de la licencia, pasando de licencia para amamantar a licencia para el cuidado, que rompa con colocar el foco en la lactancia al centrarse en la necesidad de los niños/as pequeños de ser cuidados por su familia en los primeros meses de vida, más allá de si son amamantados o no.

*“A nivel del mercado laboral, la ley de medio horario debería ser realmente de medio horario y no importa si lacta o no. Ahora hay que hacer un papel que diga que está amamantando directo. Y estás segregando a las mamás que por equis causa, que hay, no pueden amamantar. No es que todas las mamás pueden amamantar. Hay cierto sector que no puede realmente. No tiene o no quiere, que también es una opción. Está mal, porque el niño las precisa igual, el acto de la alimentación lo hace con la mamadera y eso no le quita amor. Son leyes pensadas por hombres, obviamente.”* (Mujer, neuropediatra)

*“Hay un componente de legislación muy importante que tiene que mirar en torno a que no sea una licencia pensada solo desde la lactancia, otros países tienen leyes más avanzadas para favorecer el cuidado.”* (Varón, autoridad salud)

En segundo lugar, se propone un incremento de la licencia maternal debido por un lado a la necesidad de recuperación luego del parto y por otro lado, a la necesidad de que la madre se mantenga un tiempo alejada de las exigencias del mercado laboral para acomodarse a la nueva situación. Es decir, la sugerencia es que se priorice la licencia de las madres durante los primeros meses para luego volverla optativa entre madre y padre.

*“En ese momento, las mamás están muy inestables, sobre todo si es el primer hijo, además recién se están adaptando a la lactancia normal, porque los primeros días es calostro y los niños toman a demanda, y a toda hora. Después entre dos y cuatro meses se alcanza la lactancia definitiva, abundante, con leche, y ahí tienen que reintegrarse y están estresadas de con quien lo dejan, que a qué hora vuelven, que te duelen las*

*mamas, que volvés fundida del estrés que implicó salir a trabajar, Que te llaman por teléfono, que lloró que le duele la barriga. De los 45 días nuestros yo no digo que se pase a un año, pero mínimo los primeros 3 meses básicos, es básico. Después con el medio horario tres meses más y bueno ahí sí podés pensar en un jardín”.* (Mujer, neuropediatra)

*“Licencia por maternidad más amplia. Lo peor que hay para la relación madre e hijos es que ella esta angustiada pensando en el trabajo y en el bebe, no da a basto. Tampoco termina siendo útil.”* (Mujer, psiquiatra)

*“Por lo menos que sea por seis meses para las mujeres, pero de ahí para adelante las variables pueden ser bastante repartidas.”* (Mujer, experta sociedad civil)

Por otro lado, se recomienda una licencia compartida con el padre de modo de no sobrecargar a la madre de la responsabilidad exclusiva del cuidado en los primeros meses y de permitir que el padre pueda cuidar a su vez a la madre en los primeros meses de vida del niño/a.

*“El padre también el primer mes es fundamental que esté, la mamá vive una cantidad de cosas que es necesario un adulto que viva lo mismo con ella que atienda las cosas que la mamá no puede porque el niño depende para sobrevivir de ella. Yo sé lo que complica a la empresa privada los gastos, pero hay que priorizar a los niños. No es costo, es inversión.”* (Mujer, autoridad educación)

En definitiva, se propone que durante el primer año de vida las necesidades de cuidado sean cubiertas por las familias y para esto se provean las licencias correspondientes. Luego de esto se plantean la incorporación en el cuidado de centros infantiles que promuevan el desarrollo infantil.

De esta forma, los/as expertos/as reconocen que las recomendaciones que realizan para garantizar el cuidado de calidad en los primeros tres años de vida de los/as niños/as son incompatibles con la legislación actual en materia de licencias, por lo que recomiendan su modificación de enfoque y su ampliación.

*“Hay que fortalecer a las familias en el primer año de vida y después implementar centros de desarrollo infantil donde los niños puedan alegremente vivir su vida con lo*

*que necesitan en esta etapa. Con personal que conozca lo que está haciendo, que tenga condiciones para hacerlo y con entornos amables.”* (Mujer, autoridad educación)

De forma complementaria a esta licencia, se propone una mayor flexibilidad en el mercado laboral que permita la opción de que la familia se encargue de los/as niños/as pequeños ante distintas situaciones en sus vidas; acompañar al niño/a a las consultas médicas, periodos de enfermedad de los/as niños/as, reuniones de padres/madres, entre otras. Tal como muestra la segunda cita, a través de la flexibilidad otorgada desde la empresa, se promueve el desarrollo profesional y laboral equitativo de varones y mujeres.

*“Horas para ir a la consulta del niño, eso forma parte del cuidado, las madres no se dan cuenta lo que las precisamos en la consulta, o el padre. El día que el niño va al pediatra tendría que ser libre, y si tenés tres vas con los tres. Después empiezan con que las mujeres faltan porque están enfermos, las mujeres sobre todo, tendría que estar establecido.”* (Mujer, pediatra)

*“Permitir estar más cerca del hijo en enfermedad, sin descuentos en el trabajo. Que las empresas tuvieran mayor cintura con el padre y con la madre. Si no te están cortando con ser hombre, con la vida misma. Al no permitirte desarrollarte en tu trabajo, profesión, te están cortando el ser hombre la entonces te tienen que permitir cuidarlo cuando esté enfermo.”* (Mujer, educadora)

De esta forma, se señala la importancia de reglamentar en el ámbito laboral las necesidades de conciliación que implican las situaciones de la vida cotidiana que ocurren con los niños/as pequeños durante la jornada laboral de los padres.

*“Por ejemplo qué pasa con los controles que tiene que hacerse el niño y la imposibilidad en el trabajo de hacerlos, qué pasa cuando el niño está enfermo y va a una institución, la institución tiene que tener claro cuando un niño tiene que quedar en la casa y no puede ir, los niños se enferman por año, y esto tiene que ver con la falta de inmunización que tiene con el ambiente. Está muy claro establecido desde las políticas de salud cuando el niño no puede acudir, entonces qué pasa, dónde queda ese niño, qué hace la familia. Esas son políticas de infancia que tiene que acompañar este sistema de cuidados.”* (Mujer, educadora)

En definitiva, se señala la importancia de la responsabilidad compartida del cuidado en la infancia, tanto entre las familias y las empresas como entre varones y mujeres.

*“En la legislación, de la lactancia, embarazo y cuidado, habría que dar un enfoque más de involucramiento de las empresas, de los que es Responsabilidad Social, un componente de involucrar al varón en el cuidado.”* (Varón, autoridad salud)

Así, se enfatiza que la flexibilización desde las empresas tiene que permitir no solo a las mujeres sino a los varones articular su vida laboral y familiar, lo que se percibe como la mayor dificultad. Se agrega además la implementación de otras medidas como la instalación de centros infantiles.

*“Hay mucho para hacer respecto a las licencias, todavía no está incorporado el rol del padre, que tiene una función primordial en cuanto a dar apoyo a la madre, eso no está acompañado, hay muchísimo por hacer, a veces las empresas son flexibles y dejan que el padre salga un par de horas a ver las ecografías, a llevar al bebé a los controles, pero a veces no.”* (Mujer, psicóloga)

*“Un incentivo a las empresas para que tengan sus centros infantiles también sería algo deseable”.* (Mujer, psicóloga)

Sin embargo, se visualizan problemas para la implementación de políticas de corresponsabilidad en las empresas porque se considera al sector empresarial como el núcleo duro por su negativa a asumir los costos asociados a estas medidas.

*“Siento que el sector empresarial debe aportar pero no lo veo como generando sus propias alternativas, contribuyendo, en el diálogo más sobre el empleo la negación del sector empresarial fue troglodita, “preferimos importar trabajadores”* (Mujer, experta sociedad civil)

#### **8.5.5 Políticas de cuidado desde la oferta pública**

En cuanto a la oferta pública de cuidados, existe consenso en el discurso de los/as expertos/as sobre la necesidad de extender los servicios públicos de cuidado, ya que se considera insatisfactoria la cantidad de oferta que existe para los niños/as de 0 a 3 años.

Se señala la necesidad de que se implemente un tipo de programa como el Plan CAIF desde la oferta pública para más sectores de población, porque los servicios del mercado no cuentan aún con los controles necesarios que aseguren a las familias no pobres, cuidados de calidad para los/as niños/as pequeños/as.

*“Creo que hay por un lado una carencia, hasta una omisión con lo que tiene que ver con la oferta de servicios de cero a tres años; creo que tendría que haber más oferta pública, se ha focalizado mucho en los sectores de pobreza, obviamente que eso ha sido muy importante por el Plan CAIF; pero hay todo otro sector de la población que queda muy desprotegido, porque quedan atrapados en el mercado, sabemos que por más que hay ahora una regulación del MEC de mayor seguimiento, de hecho no alcanza porque no les dan los recursos para hacer el seguimiento que tendrían que hacer de los centros privados... y como dice la encargada del área, de repente cierran un centro y a la semana abren otro en otro lado, y como hay mucha necesidad de las familias, a veces las familias no reparan tanto en la calidad porque necesitan salir a trabajar.” (Mujer, psicóloga)*

Las divergencias surgen al momento de definir el tipo de servicios públicos a ofrecer y a qué sector de población. La discusión sobre la oferta pública deseable, se concentra en cuál debe ser el objetivo principal de los centros para niños/as pequeños/as.

*“Ahí hay una discusión, ¿qué prima en estos centros, es cuidado, es educación, es atención de salud? Yo creo que cada uno desde su lugar prioriza lo que hace y le parece que la función principal es esa y no son discusiones que no tengan impacto; ANEP permanentemente señala su intención de avanzar en edades más tempranas, o sea no es una discusión simplemente teórica, que de por sí no sería menos importante, pero además si considerás que lo fundamental es salud, la dirección dependería de alguien vinculado al Ministerio de Salud Pública o de ASSE; si el tema central es cuidados... yo creo que lo único que le da unidad a eso es pensarlo desde el tema de los cuidados, obviamente pensando en los derechos de los niños y las niñas, eso es lo que nos debe indicar las principales metas.” (Varón, autoridad infancia)*

Todos los/as entrevistado/as señalan a los Centros CAIF como un ejemplo a seguir debido al componente de promoción del vínculo con las familias de los/as niños/as. Es decir, que no se limitan a la atención a los niños/as pequeños/as sino que buscan

desarrollar el vínculo de sus padres con estos/as niños/as a través del vínculo que establecen entre el centro y las familias.

*“Sería muy lindo poder implementar programas con la familia, el plan CAIF tiene programas con las mamás, ayudan muchísimo a las mamás y a los niños. Les da a las mamás una visión más amplia de las posibilidades que tiene el niño. Habría que implementar programas de acercamiento y fortalecimiento a las familias.”* (Mujer, autoridad educación)

*“Debería haber como los CAIF a todo nivel, del estilo. Capaz no obligatorio pero que se pudiera ir.”* (Mujer, pediatra)

*“Yo me los imagino como servicios más socio comunitarios, de equipos interdisciplinarios que puedan desarrollar talleres de padres, inclusive si esta la posibilidad y la familia opta porque su hijo quede el primer año de vida en su casa y se turnan los padres, quizás también sería deseable que tuviera ese apoyo de poder ir a conversar y trabajar con otros padres y también esto que desarrolla el Plan CAIF de la estimulación oportuna, espacio de juegos entre bebés una vez por semana, todas esas cosas son apoyo al desarrollo del niño.”* (Mujer, psicóloga)

*“Porque además en esta etapa vos trabajas con el niño y la familia. La familia está también en etapa de bebé, cuando llegan al centro es el primer o el segundo hijo. Entonces el trabajo hacia la comunidad es fundamental.”* (Mujer, autoridad educación)

Sin embargo, se considera que el Plan CAIF debería modificarse para que sea conceptualizado no sólo como centros de promoción del desarrollo infantil sino como centros de apoyo a las familias en la función de cuidados.

*“Porque no es yo lo dejo para ir a trabajar, es yo lo dejo para mejorar mi relación con el niño y adquirir herramientas que pueda mejorar. Muchas veces se toma al centro como un lugar donde dejar al niño para ir a trabajar.”* (Mujer, psicóloga).

En síntesis, el saber experto reconoce el déficit de cuidados y propone mejoras en la legislación para garantizar la presencia de padres y madres en los primeros años de vida así como la asunción de la responsabilidad del cuidado por parte del Estado y del sector empresarial. Se entiende necesaria también la promoción de la participación de los varones en el cuidado. El saber experto sugiere la instalación de una oferta amplia de

servicios y políticas universales, que se adapten a las elecciones y necesidades de las familias. En términos de servicios de cuidado infantil se destaca la experiencia de los Centros CAIF como exitosa por su regulación, propuesta técnica y vínculo con las familias, pero se sugiere que tanto estos servicios a crearse como las nuevas políticas de licencias se conciban como políticas y centros de cuidado más que de desarrollo infantil.

## **9. Reflexiones finales**

El objetivo principal de este estudio consistía en comprender los significados del buen cuidado infantil e identificar las dimensiones claves del mismo presentes en el saber experto y analizarlas desde la perspectiva de género. Partíamos de que este saber conforma un discurso influyente en las representaciones y prácticas de la población asociadas al cuidado infantil y que el mismo presentaría diferencias según las disciplinas y ámbitos de inserción.

Creemos que uno de los hallazgos más importantes de esta investigación es la identificación de tres enfoques diferenciados dentro del saber 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 y la dimensión de género. De esta manera, el discurso experto no es homogéneo respecto a los componentes claves del cuidado de calidad, lo cual representa un desafío importante para el diseño del Sistema de Cuidados. El enfoque psicológico-educativo pone el énfasis en la centralidad de la dimensión vincular de los cuidados infantiles. En la dimensión vincular quedan incluidos las dimensiones de afectividad, sostén emocional y la habilitación de la construcción del niño/a como sujeto. Así, la posibilidad de establecer vínculos estables y de calidad entre niños/as y cuidadores/as se presenta como uno de los componentes centrales del cuidado de calidad en la primera infancia. El enfoque psicológico-educativo propone modelos de cuidado desfamiliarizadores pero cálidos, con presencia de familia e instituciones en el cuidado, desde una problematización de los estereotipos de género presentes en la actual distribución del cuidado y una fuerte valoración de la función cuidadora.

El enfoque médico pone el énfasis en los aspectos sanitarios del cuidado y las regularidades presentes en la primera infancia, las cuales requieren de la buena aplicación de saberes para garantizar el buen cuidado. Debido a la importancia que se le otorga a la lactancia y la prevención de enfermedades, las opciones de cuidado ideales son familistas, lo cual mantiene a las mujeres asociadas al cuidado directo.

Por su parte, el enfoque político no problematiza conceptualmente acerca de la noción del cuidado y pone el foco en el desarrollo infantil y su impacto en el desarrollo social, a partir de una visión instrumental y economicista del cuidado.

Este estudio también se propuso analizar cómo dialoga el saber experto con la perspectiva de género y derechos. En este sentido, el enfoque psicológico-educativo es el que se presenta más cercano a esta perspectiva, abriendo la posibilidad del ejercicio del cuidado desde una visión que respeta los derechos de todos los actores involucrados. La centralidad de lo vincular que trae este enfoque resulta de particular importancia para la perspectiva de género al menos por dos razones. En primer lugar, la centralidad de lo vincular se desplaza 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 y cuidadores/as remunerados/as y, al mismo tiempo, puede ser compartido entre varones y mujeres.

En segundo lugar, 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 cuidadores/as remunerados como de no remunerados, ya sean familiares o no familiares.

Esta segunda consecuencia de la importancia de la dimensión vincular en el cuidado infantil, se conecta con el segundo gran hallazgo que se desprende del saber experto: la imposibilidad de pensar sólo en un sujeto del binomio cuidador/a – niños/as a la hora de diseñar e implementar políticas públicas. El discurso experto se fragmenta en este caso, ya que los enfoques médico y político le otorgan el papel más importante a los niños y niñas a la hora de pensar en las políticas de cuidado. Pero el enfoque psicológico, al destacar el aspecto vincular del cuidado, enfatiza en ambos sujetos, lo cual tiene consecuencias claras para las decisiones de política pública.

Otro hallazgo que queremos destacar es que el perfil de los/as cuidadores/as infantiles remunerados/as se encuentra en construcción. Se observan dificultades en el discurso experto para objetivar las cualidades requeridas para las personas que cuidan, lo cual no

es auspicioso para la equidad de género en la distribución de los cuidados, debido a la asociación natural de las mujeres como buenas cuidadoras.

La necesidad de una buena formación específica es destacada, pero ésta debe combinarse con otras cualidades y competencias que aparecen difíciles de definir, distinguir y medir. Para la construcción del perfil de las personas que cuidan en el marco de la nueva política pública, resultará clave cómo se articulen los distintos enfoques del saber experto, dado que implican distintas miradas sobre la función y lugar de los/as cuidadores/as en el cuidado infantil. Para aumentar la valoración del cuidado, resultará fundamental objetivar las competencias necesarias para llevarlo a cabo des-generizándolas. En la medida que se mantengan como cualidades naturales, innatas y difíciles de objetivar, seguirán siendo asociadas a la identidad femenina, se dificultará el involucramiento de los varones en las mismas y continuará siendo una tarea poco valorada y mal remunerada.

Otro hallazgo a destacar refiere a la imprescindible presencia del Estado ejerciendo la función del cuidado. Esta presencia debe darse a partir de diversas modalidades y debe abarcar a todos los sectores sociales, no sólo a los sectores con mayores vulnerabilidades socioeconómicas. De esta manera, los y las expertos/as enfatizan por un lado en la responsabilidad del Estado en el acompañamiento de las familias para que éstas desempeñen esta función en mejores condiciones desde una visión universalista. Cabe señalar aquí que el saber experto resalta la presencia de las familias en el cuidado directo, si bien con diferentes énfasis, y la importancia de que el cuidado sea brindado en el ámbito doméstico en el primer año de vida. Por tanto, se sugieren medidas que permitan a las familias participar directamente del cuidado a través de políticas de tiempo. Como es sabido, para la perspectiva de género resulta de fundamental importancia que dichas políticas se piensen como políticas de bienestar dirigidas a varones y mujeres y no como políticas para las mujeres.

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. Los centros de cuidado infantil son recomendados y se reconocen insuficientes. El saber experto recomienda que se instalen más servicios de este tipo y para todos los sectores sociales, reconociendo sus múltiples beneficios para los niño/as y para los/as cuidadores/as familiares. Se sostiene

por otra parte la necesidad de que el Estado regule al mercado laboral para que éste asuma al cuidado desde una posición corresponsable.

Desde el enfoque de género y derechos, desde el cual partía este análisis, es necesario destacar como otro hallazgo relevante la convivencia de visiones más propensas al cuidado compartido y a una distribución más equitativa del cuidado infantil, con la participación de varios actores y basada en la deconstrucción de estereotipos de género, con visiones más rígidas sobre rol materno insustituible en la primera infancia. Desde esta visión más tradicional, se percibe también la falsa contraposición de derechos que opone los derechos de infancia a los de las mujeres, desde una conceptualización del cuidado que desconoce el aspecto relacional del mismo. Como señaláramos, la presencia de estas visiones es un desafío para la construcción de la nueva política pública, donde claramente estos enfoques no presentan el mismo poder de incidencia. Así, es sabido el gran poder que el saber médico tiene en la sociedad uruguaya, por lo que entendemos que probablemente sea este enfoque el que prime a la hora de diseñar nuevos servicios y políticas. Como hemos señalado, este enfoque no se presenta amigable para la equidad de género en la distribución de los cuidados infantiles. Se espera que este trabajo monográfico signifique un aporte para el debate académico así como para las políticas públicas de cuidado, a partir de la deconstrucción de los estereotipos de género asociados al cuidado infantil, que permitan una mayor valoración del cuidado en la sociedad, su consideración como un derecho y su mejor distribución entre varones y mujeres.

## 10. Bibliografía

- Aguirre, R. (1998) “Sociología y género: las relaciones entre varones y mujeres bajo sospecha”. Ed. Doble Clic- FCS-CSIC, Montevideo.
- Aguirre, R. (2003) “Género, ciudadanía social y trabajo”. Departamento de Sociología, FCS, Montevideo.
- Aguirre, R., Batthyány K. (2005) “Uso del tiempo y trabajo no remunerado”. UDELAR, Doble Click, Montevideo.
- Aguirre, R. (2008) “El futuro del cuidado” en Arriagada, I. (Ed.) “Futuro de las familias y desafíos para las políticas”. CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias N°52.
- Aguirre, R. (2010) “Los cuidados entran en la agenda pública.” en Revista de Ciencias Sociales- Departamento de Sociología -Año XXIII / N° 27, Montevideo.
- Aguirre, R. (2011): “El trabajo remunerado de cuidados a personas dependientes”. Avance para ser presentado al Grupo de Trabajo del Sistema Nacional de Cuidados. MIDES, ONU Mujeres, OIT.
- Alonso, L. (1999) “Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa” en Delgado y Gutiérrez (coord.): “Métodos y técnicas cualitativas de investigación social” Editorial Síntesis, Madrid.
- Anderson, J. (2006) “Sistemas de género y procesos de cambio”. En Batthyány, K. (Coord.) “Género y Desarrollo. Una propuesta de formación”. UDELAR, FCS, Montevideo.
- Batthyány, K. (2004). “Trabajo y cuidado infantil: ¿un desafío exclusivamente femenino?” CINTERFOR-OIT, Montevideo.
- Batthyány, K. (2009) “Cuidado de personas dependientes y género”. En Aguirre, R. (Ed.): Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay, Montevideo.

- Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2012) La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados. CEPAL –Serie Mujer y Desarrollo N°117.
- Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011) “El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”. En Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (Eds.) “El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas.” Catarata, Madrid.
- Cea D’Ancona, M. (1996) “Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social”. Editorial Síntesis, Madrid.
- Fassler, C. (Coord.) (2009) Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. Red Género y Familia. UNPFA. Ediciones Trilce. Montevideo.
- Grupo de Trabajo Sistema Nacional de Cuidados (2012) Hacia un Modelo Solidario de Cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados.
- Hochschild, A. (1990) "The second shift: working parents and the revolution at home" Nueva York, Viking . En Hochschild, A. (2008) "La mercantiización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo". Katz Editores, Madrid.
- Hochschild, A. (2008) "La mercantiización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo". Katz Editores, Madrid.
- INE (2008) Uso del tiempo y trabajo no remunerado: informe sobre el Módulo de la Encuesta Continua de Hogares, UNIFEM/INE/INMUJERES/UDELAR, Montevideo. Disponible en: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy).
- INE (2012) Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Disponible en: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy).
- Nieves Rico, M. (2011) El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias N°66.

- Padua, J. (1979) “Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales”. F.C.E., México.
- Pautassi, L. (2010) “Cuidado y Derechos: la nueva cuestión social”. En: Montaña, S., Calderón, C. (coord.) El cuidado en Acción. Entre el Derecho y el Trabajo. CEPAL/AECID/UNIFEM.
- Ramos Torre, R. (2011) “Más allá de las cifras: la dimensión teórica y cualitativa del cuidado” en Durán, M. (2011) “El trabajo de cuidado en América Latina y España”. Documento de Trabajo N° 54. Fundación Carolina. Madrid.
- Sistema de Información de Género (SIG)-Inmujeres (2012) “Estadísticas de Género 2011. Persistencia de desigualdades, un desafío impostergable para la Reforma Social”. Disponible en [www.inmujeres.gub.uy](http://www.inmujeres.gub.uy)