

DISCURSO EXPERTO EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

UN ANÁLISIS DE GÉNERO

Karina Batthyány, Natalia Genta y Valentina Perrotta

Resumen

El artículo presenta las claves del cuidado de calidad para personas mayores, desde la perspectiva de género. Partiendo de la gran influencia que tiene el discurso experto sobre las modalidades ideales del cuidado, así como en las decisiones de los individuos, las familias, y las políticas públicas, se abordan las dimensiones del discurso experto vinculadas a los componentes del cuidado de calidad; la función de las familias en estos cuidados, así como sus límites; el rol de las mujeres; y las cualidades necesarias para brindar cuidado de calidad. El discurso presenta aspectos que refuerzan estereotipos de género, así como otros que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado.

Palabras clave: Género / cuidados de adultos mayores / discurso experto.

Abstract

The expert discourse in eldercare: a gender analysis

This article presents the keys to quality care for older people from gender perspective. It is based on the great influence of the expert discourse on the ideal ways of care in social representations and decisions of individuals, families, and public policy. This article addresses the dimensions of expert discourse related to the components of quality care, the role of families in these care and their limits, the role of women and the qualities necessary to provide quality care. The discourse presents aspects that reinforce gender stereotypes and others that allow a transformation of the roles assigned from a more equitable distribution of care.

Keywords: Gender / eldercare / expert discourse.

Karina Batthyány: Doctora en Sociología por la Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Francia. Profesora agregada grado 4, Departamento de Sociología, FCS, Udelar. Área de investigación: Sociología de género. E-mail: karina.batthyany@cienciassociales.edu.uy

Natalia Genta: Candidata a doctora en Sociología por la Udelar. Máster en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Asistente de investigación grado 2 en el Departamento de Sociología, FCS, Udelar. Área de investigación: Sociología de género. E-mail: natalia.genta@cienciassociales.edu.uy

Valentina Perrotta: Ayudante de investigación grado 1 en el Departamento de Sociología, FCS, Udelar. Máster en Género, Sociedad y Políticas por FLACSO-PRIGEPP. Área de investigación: Sociología de género. E-mail: valentina.perrotta@cienciassociales.edu.uy

Recibido: 21 de mayo de 2014.

Aprobado: 30 de julio de 2014.

Presentación

En la configuración del régimen de distribución de los cuidados, son relevantes los servicios públicos y privados disponibles, su calidad y precio, la población disponible para brindar cuidados, así como también las valoraciones sobre lo que se considera socialmente legítimo en cuanto a quién, cómo y dónde proporcionar los cuidados. Estas valoraciones están influenciadas por el discurso experto, por lo cual resulta de mucho interés para el estudio sociológico y, particularmente, para la perspectiva de género.

A través del análisis del discurso experto, es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas orientadoras de prácticas, que influyen en las representaciones sociales que las personas construyen respecto al cuidado ideal.

Se entiende por discurso experto en el cuidado aquel que proviene de profesionales, técnicos o políticos, que resulta legítimo por ser referencia para las prácticas de cuidado que adoptan las familias, debido a su especialidad o profesión, o que procede de personas que están en contacto directo con la población dependiente y de aquellas que cumplen funciones en el diseño y gestión de las políticas destinadas a esta población. Así, son representantes del discurso experto aquellos profesionales o técnicos que provienen de las áreas de la salud y la gestión pública sobre personas mayores.

El discurso experto forma parte de los mecanismos e instituciones que potencialmente refuerzan o rompen con el sistema imperante, caracterizado por roles tradicionales de género basados en la división sexual del trabajo. Vinculado al cuidado de personas mayores, este discurso determina el “deber ser” de las familias, y de varones y mujeres, asignándoles determinadas responsabilidades y tareas.

La investigación que dio origen a este artículo¹ se propuso identificar las claves del cuidado de calidad desde el discurso experto, respecto a los ámbitos preferenciales del cuidado, el rol de los distintos agentes prestadores de cuidados, las características ideales de quienes cuidan y los componentes necesarios que definen un cuidado de calidad, para analizarlas desde la perspectiva

1 Estudio realizado en el marco de un convenio entre el Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR, y el Instituto del Adulto Mayor (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

de género. En este sentido, se indagó en aquellos aspectos de este discurso que refuerzan estereotipos de género en el cuidado de personas mayores, así como aquellos que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado.

El presente artículo expone algunos de los resultados de la investigación mencionada anteriormente, particularmente los relacionados a los componentes principales del cuidado de calidad en adultos mayores; la función de las familias en estos cuidados, así como sus límites; el rol de las mujeres; y las cualidades necesarias que quienes cuidan deben presentar para brindar cuidado de calidad.

Fundamentos conceptuales

■ **Cuidados, género y envejecimiento**

La noción de cuidados se ha vuelto clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social. Se trata de un concepto sobre el que existen varias definiciones y está aún lejos de ser una noción de consenso. Reconociendo las distintas y amplias definiciones existentes,² se define cuidado como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, cuidado material, que implica un “trabajo”; cuidado económico, que implica un costo económico; y cuidado psicológico, que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Puede ser realizado de manera remunerada o no remunerada (Letablier, 2001; Aguirre y Baththyány, 2005).

El cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar y desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Junto a los aspectos “materiales”, se encuentra el relacionado al desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas. En el interior de la familia, estas tareas involucran simultaneidad de roles y responsabilidades, que para ser captados requieren considerar conceptos como los de dirección y gestión, no fácilmente traducibles en estimaciones de tiempo, intensidad o esfuerzo (Durán, 2003).

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 (Pérez Orozco, 2006). En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y desinteresado le otorga una dimensión moral, así como emocional, debido a que in-

2 Una buena síntesis del estado actual del debate acerca de la noción de cuidados se encuentra en Thomas (2011).

volucra también las emociones que se expresan en el seno familiar, al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas (Letablier, 2001). Se trata de una tarea más frecuentemente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales.

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

Esto tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, estas deben excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para articular trabajo productivo y reproductivo.

Las mujeres tienen mayor autonomía económica pero enfrentan grandes problemas para articular los tiempos de trabajo pago y los que requieren los cuidados, debido al desbalance en la dedicación de varones y mujeres, y a la insuficiencia de políticas que atiendan el cuidado de dependientes.

Uruguay se enfrenta a lo que se denomina una crisis de cuidado, que pone en duda el sostenimiento de la distribución actual de cuidados, caracterizada por la sobrecarga en las familias y en las mujeres. Esta crisis está configurada por un aumento de las necesidades de cuidado y una reducción de la oferta disponible para satisfacerlo, generando un déficit de cuidados.

Asistimos a un incremento de la demanda de necesidades de cuidado relacionadas sobre todo al proceso de envejecimiento de la población,³ caracterizada por un aumento de las personas mayores de 65 años, una reducción del número de hijos/as y una mayor expectativa de vida por los cambios en las condiciones de salud. Uruguay, con el 14,1% de personas mayores de 65 años para el año 2011 (último Censo), junto a Argentina, se encuentran en el grupo de países pioneros en el envejecimiento avanzado

3 Durán realiza una estimación de la necesidad de cuidados basada en la cantidad de personas dependientes. En el caso de Uruguay, se prevé que se mantengan 1,5 unidades de cuidados necesarios por cada persona, una para su cuidado y media para el cuidado de otra persona, pero modificándose la composición de la demanda de cuidados. La tendencia es al incremento de la demanda de adultos mayores y la reducción de la de niños. Se proyecta que para 2050 aumente la proporción de necesidades de cuidado de adultos mayores al 33,1%, y que el 41% de esta demanda provenga de personas que tengan más de 80 y 90 años (Durán y Milosavljevic, 2012).

en América Latina, a los cuales se agregan Cuba y varios países del Caribe (CEPAL, 2002).

Por su parte, el aumento sostenido desde los años setenta de la incorporación de las mujeres en el mercado de empleo (tasa de actividad de 54%, ECH 2013), junto con la mayor búsqueda de autonomía, reducen el número de mujeres disponibles en forma exclusiva para estas tareas. En forma paralela, se producen ciertas transformaciones familiares caracterizadas por la reducción de la proporción de hogares biparentales con hijos, en los cuales el varón es el único sostén económico y la mujer es ama de casa a tiempo completo, lo que también reduce la cantidad de personas disponibles para brindar cuidado. Uruguay se ubica entre los países de la región que presenta el porcentaje más bajo de familias tradicionales, formadas por hombres proveedores económicos y mujeres amas de casa (CEPAL, 2006).

A pesar de esta denominada crisis de cuidado, actualmente la resolución de estas necesidades se continúa cubriendo a través del trabajo de las familias, siendo las mujeres las principales proveedoras.⁴ En los sectores de menores ingresos, existe una mayor dependencia de la cobertura pública de cuidados, ya que en Uruguay esta está destinada casi exclusivamente a los sectores bajos. Estos mismos sectores presentan una distribución más tradicional en el hogar, las mujeres tienen una mayor carga en las tareas de cuidado y los varones una menor participación que en otros sectores. Evidencia de ello surge de la Encuesta de Uso del Tiempo 2007, en la cual se observó, por ejemplo, que en el primer quintil de ingresos se presentan las brechas de género más pronunciadas en cuanto al trabajo no remunerado. Mientras las mujeres del primer quintil de ingresos le dedican 42,5 horas al trabajo no remunerado, los varones le dedican 15,4 horas. Las brechas de género se reducen a medida que aumentan los ingresos. Las menores brechas se presentan en el quinto quintil de ingresos (INE, 2008).

Por otro lado, particular relevancia revisten los sectores medios, ya que no acceden a la cobertura pública y dependen del acceso al sector privado para comprar servicios de cuidado en el mercado o, de lo contrario, del cuidado no remunerado que puedan brindar sus familias. En los últimos años, se ha desarrollado un sector mercantil con servicios de relativa calidad para los sectores de altos ingresos, para los de bajos ingresos se establecen servicios comunitarios con financiación estatal, mientras que los sectores medios tra-

4 Se estima que entre el 5 y 7% de los adultos mayores viven en instituciones de larga estadía, de las cuales el 90% son privadas. Además, el 60% de los adultos mayores de Montevideo está afiliado a servicios de ayuda en momentos de necesidad de cuidados médicos (Salvador, 2010). Por su parte, no están desarrollados servicios de cuidado ni sistemas de apoyo en domicilio para adultos; lo que existe es una cobertura bastante amplia de jubilaciones y pensiones, sumada a facilidades en el acceso a vivienda y salud, para personas mayores en situación de pobreza.

bajadores tienen que recurrir a sus familiares debido a los altos costos de pagar estos servicios en el mercado. En estos sectores medios, las restricciones económicas y la vigente división sexual del trabajo imponen una mayor carga global de trabajo para las mujeres, quienes se ven ante la tensión de articular ambos tipos de trabajo (Salvador, 2010).

En estos últimos años, Uruguay ha avanzado en la incorporación del tema de los cuidados a la agenda pública, debido a una serie de factores, entre ellos: la existencia de estudios académicos que aportaron conceptualizaciones y evidencias, la nueva información estadística oficial sobre los tiempos de cuidado, la acción de las organizaciones sociales y la decisión política de replantear el modelo de bienestar. En el país, se ha comenzado a discutir la necesidad de diseñar un sistema nacional de cuidados como un nuevo pilar dentro del sistema de protección social (Aguirre, 2010).

■ La distribución social de los cuidados

El foco en la noción de cuidados y su distribución inequitativa implica profundizar en el debate conceptual acerca de los regímenes de bienestar. Autoras como Daly y Lewis (2011) plantean que el cuidado se ha constituido como categoría central para comprender la forma y la naturaleza de los Estados de bienestar contemporáneos. Luego de sostenidas críticas feministas a sus modelos de “Estado-mercado”, Esping-Andersen se propone revisar sus análisis de los regímenes de bienestar, incorporando dos esferas al estudio: las familias y la comunidad, reconociendo el importante aporte de estos actores en la provisión de bienestar. Por tanto, siguiendo a Esping-Andersen (2000), el bienestar es provisto mediante la combinación de la acción de cuatro actores: la comunidad, el mercado, las familias y el Estado. A partir de estas categorías, se han analizado los regímenes en distintos países de la región, tomando en cuenta no sólo a los actores involucrados en la organización de los cuidados, sino también las funciones que cumplen en términos de fuentes de bienes, servicios, tiempo y dinero (Aguirre, 2008; Martínez Franzoni, 2009).

La distribución de responsabilidades en la provisión de bienestar entre estos actores (Estado, mercado, familias y comunidad) determinará el ejercicio de derechos de las mujeres y, por tanto, la posibilidad de desarrollar una ciudadanía plena. En función de esta distribución de responsabilidades, Aguirre clasifica los regímenes de bienestar según el peso que tengan los servicios del Estado, la extensión de los servicios del mercado, y la participación de las familias y las redes informales en la provisión de bienestar. De esta forma, los identifica como familistas o desfamiliaza-dores, siguiendo a Saraceno (1994) y Sainsbury (2000). En el régimen familista típico, la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias

y a las mujeres en las redes de parentesco. Por su parte, en el régimen des-familiarizador hay una derivación de las funciones de bienestar hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. La autora identifica otro escenario posible para la equidad social y de género, en el cual se desarrollen políticas de corresponsabilidad entre familias, Estado y mercado, de forma tal de favorecer la ampliación del ejercicio de derechos sociales, económicos y políticos de las mujeres.

Recientemente, se ha enfatizado en la dimensión de los cuidados como derecho, modificando el concepto de ciudadanía. El derecho al cuidado implica considerarlo desde su doble circunstancia: de personas que precisan cuidados y que cuidan. Esto conlleva que el Estado garantice el derecho de recibir cuidados en distintas circunstancias y momentos del ciclo vital, evitando que la satisfacción de esa necesidad se determine por la lógica de mercado, la disponibilidad de ingresos o la presencia de redes vinculares. También implica garantizar el derecho a elegir si se desea o no cuidar, así como condiciones laborales dignas, de modo de valorizar social y económicamente la tarea (Pautassi, 2010).

Desde el enfoque de derechos, se cuestiona el papel del Estado como subsidiario, destinado a compensar las prestaciones que no se obtienen en el mercado, y se favorece el papel del Estado como garante de derechos. Por tanto, los tres pilares clásicos del bienestar, vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, están siendo complementados con el denominado “cuarto pilar”, que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Navarro, 2005).

En función de los elementos conceptuales y los antecedentes que se mencionaron, la investigación que dio origen a este artículo se interrogó sobre ¿cuáles son las claves del cuidado de calidad para los adultos mayores desde el discurso experto?, con el fin de indagar en ¿cuáles son aquellos aspectos de ese discurso que refuerzan los estereotipos de género y cuáles los que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado?

Particularmente, la investigación se focalizó en las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los componentes del cuidado de calidad de adultos/as mayores para el discurso experto? ¿Cuáles son los ámbitos preferenciales para el cuidado? ¿Cuál es el rol que debe cumplir cada agente prestador de cuidados: las familias, los varones, las mujeres, el Estado, el mercado? ¿Cuáles son las características que deben tener quienes cuidan, para brindar un cuidado de calidad?

Estrategia metodológica

Este artículo se basa en los resultados de la investigación ya mencionada, que tuvo como objetivo analizar el discurso experto sobre el cuidado de calidad de adultos/as mayores, desde la perspectiva de género. La investigación se propuso como objetivos específicos: i) analizar los componentes del cuidado de calidad de adultos/as mayores según el discurso experto; ii) analizar la distribución de responsabilidades y competencias que el discurso experto asigna a los diversos actores involucrados en el cuidado, así como a varones y mujeres; iii) analizar las implicancias que tiene el discurso experto de adultos/as mayores para el ejercicio de una ciudadanía plena para las mujeres.

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

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

La técnica principal aplicada en este estudio fue la entrevista en profundidad, a través de la cual se recorrieron las distintas dimensiones relevantes de la investigación, con el fin de que el entrevistado produjera un discurso continuo y no fragmentado.

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

El tipo de muestreo definido para esta investigación es el estratégico o de conveniencia. Este tipo responde a una modalidad de muestreo no probabilístico, en el que la selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación (Cea D'Ancona, 1996). Las muestras de este tipo deben ser seleccionadas de manera tal que contengan unidades que representen una heterogeneidad discursiva que resulte

teóricamente relevante. En este caso, el investigador no está tan interesado en la generalización como en la relación específica entre variables, de manera que quiere garantizar que su muestra contenga unidades suficientes de un tipo determinado (Padua, 1979).

La muestra abarcó las distintas especialidades que conforman el saber experto, así como los distintos ámbitos involucrados en el cuidado de personas mayores: autoridades de los organismos competentes, directivos/as de los servicios de cuidado, trabajadores/as del cuidado, activistas de la sociedad civil. Se buscó incluir el mayor abanico posible de especialistas que trabajaran desde distintos lugares con esta población. Por esta razón, se consideró a quienes trabajan con esta población en forma indirecta (autoridades públicas o privadas, etcétera) o directa (trabajadores/as de servicios de acompañantes, de centros de larga estadía, etcétera), así como también se seleccionó a personas ubicadas en distintos grados jerárquicos dentro de sus organizaciones y con diferentes niveles educativos.

Se buscó que la muestra integrara políticos, profesionales y técnicos de diversas disciplinas, y que estuvieran insertos en diversos ámbitos. Se realizaron 24 entrevistas a especialistas en las temáticas de gerontología, cardiología, trabajo social, psicología, enfermería, personas que trabajan en la atención del adulto/a mayor en el Estado (Secretaría del Adulto Mayor, Centros de Larga Estadía del Banco de Previsión Social, Instituto del Adulto Mayor, etcétera), directivos/empresarios y trabajadores/as de servicios de acompañantes y de centros de larga estadía privados, así como asociaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población. En relación con las especialidades y ámbitos de inserción de las personas entrevistadas, cinco son médicos/as de distintas especialidades (tres de geriatría, una de cardiología, una de psiquiatría); dos provienen del trabajo social; cuatro de enfermería o de personas que se dedican al cuidado directo de adultos/as mayores; siete fueron elegidas por ser autoridades públicas, aunque entre ellas algunas provienen de varias disciplinas (dos de psicología, dos de trabajo social, una de sociología, y dos sin formación acreditada); cuatro son autoridades del ámbito privado (dos directores/as de servicio de acompañantes y dos dueños/as de establecimientos); y dos provenientes de asociaciones de la sociedad civil. La distribución por sexo indica una clara mayoría femenina, 19 mujeres y 5 varones. Los varones están distribuidos en todas las categorías de entrevistados, siendo: un enfermero, un médico, una autoridad pública y una autoridad privada. Se utilizó la técnica de bola de nieve para acceder a los entrevistados/as, partiendo de un listado de personas con los perfiles buscados.⁵

5 Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de junio a diciembre de 2012 en Montevideo, Uruguay. Tanto las entrevistas, como su transcripción y análisis estuvieron a cargo del equipo de investigación del Área de Género del Departamento de Sociología, FCS, UdelaR.

Principales hallazgos

■ El cuidado como potenciador de la autonomía

Uno de los objetivos del estudio buscaba comprender cuáles eran los principales componentes del cuidado de calidad para las personas mayores desde el discurso experto. Los/as expertos/as coinciden en identificar la promoción de la autonomía como el objetivo principal de la provisión de cuidados, es decir, los cuidados son el medio para lograr el mayor grado de autonomía posible. En este aspecto, como en otros, el discurso experto en el cuidado de adultos mayores presenta altos niveles de consenso entre los distintos profesionales, técnicos y autoridades de instituciones públicas y privadas (Cuadro 1).

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

Junto a los aspectos “materiales”, los/as expertos/as enfatizan el componente psicológico del cuidado que está relacionado con el desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas.

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

En este sentido, el discurso experto plantea que el aspecto clave para el cuidado de calidad es la articulación de los aspectos sanitarios del cuidado con los psicológicos (Cuadro 1).

Los/as expertos/as señalan que para que el cuidado sea de calidad, es determinante el comportamiento de la persona cuidadora, es decir, en qué medida fomenta la autonomía en los dependientes. Al enfatizar en la centralidad de la promoción de la autonomía, se visibiliza al otro sujeto del vínculo, que es la persona cuidadora. Se coloca el énfasis en sus características y en la necesidad de tener conocimientos que le permitan hacerlo de forma correcta.

Esto implica que en muchos casos no sean los familiares las personas capacitadas para cumplir con este objetivo. Por tanto, a la hora de realizar re-

comendaciones sobre el cuidado, los expertos plantean que si bien en términos generales se aconsejan los cuidados familiares, esto depende del grado de dependencia y del vínculo familiar que sostengan —como se verá con mayor detenimiento en los acápites que siguen— (Cuadro 1).

Es por esto que este discurso permite la inclusión de soluciones de cuidado extrafamiliares y, en casos de alta dependencia, las promueve —como veremos más adelante—, porque sólo a partir de tener conocimiento sobre la dependencia se puede lograr la promoción de la autonomía. En este sentido, el discurso habilita la desfamiliarización de los cuidados (Cuadro 1).

La idea de promover la autonomía también está vinculada con el ejercicio por parte de las personas mayores del derecho a decidir por quién y cómo quieren ser cuidadas.

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

En definitiva, el énfasis en la autonomía permite entender el vínculo entre cuidador/a y persona cuidada como componente central del cuidado de calidad, así como permite entender el cuidado como derecho cuando valora las elecciones de la persona cuidada acerca de quién y cómo debería ser cuidada. Por tanto, este discurso tiene un enfoque que hace énfasis en los derechos de los/as adultos mayores (Cuadro 1).

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

Sin embargo, es importante señalar que si bien el discurso experto sobre las personas mayores abre la posibilidad de alternativas distintas al cuidado familiar como situación ideal, no tiene en la actualidad el impacto determinante que tienen los profesionales dedicados a los niños/as, sobre todo los pediatras, en las decisiones de las familias. Esto implica que la influencia que pueda tener el discurso experto sobre las personas mayores en las transformaciones culturales y en las prácticas de las familias es muy limitada (Cuadro 1).

En el Cuadro 1 se esquematizan las principales características del discurso experto en el cuidado de personas mayores.

Cuadro 1. Características del discurso experto en adultos/as mayores.

Tipo de discurso	Consensuado
Recomendaciones para el cuidado	Homogeneidad, pero interviene grado de dependencia y vínculo familiar
Aspecto clave del cuidado	Articulación de aspectos sanitarios con psicológicos del cuidado
Enfoque	Derechos de los/as adultos/as mayores. Habilita la desfamiliarización
Influencia en las familias	Poco influyente en las decisiones de las familias

Fuente: Elaboración propia.

■ La función de la familia

Ante el énfasis otorgado a las características de las personas cuidadoras por el discurso experto, indagamos en quiénes son las personas ideales para que realicen las tareas de cuidado.

El discurso predominante es el que establece que la función principal de la familia es el vínculo afectivo con la persona mayor, así como la responsabilidad de garantizar que el cuidado recibido sea de calidad (sobre todo cuando es remunerado y externo a la familia).

Cuidar y controlar que la persona que esté cuidando en ese momento que realmente sepa de qué manera está cuidando a la persona, ¿no?, porque es tan importante que no lo haga de una manera mecánica. (Mujer, área salud)

La posibilidad de ofrecer un vínculo afectivo adecuado a las necesidades del adulto/a es considerada una de las ventajas de los cuidados familiares. En este sentido, la promoción del componente emocional es vista como un potenciador de un cuidado de calidad.

En la medida que si existe un buen vínculo entre el que cuida y el que es cuidado, obviamente la subjetividad, la historia personal, una cantidad de cosas influyen favorablemente en el cuidado. (Varón, área social)

Pero lo propio o insustituible de la familia no es el cuidado directo, sino el rol en la promoción del vínculo y de brindar afecto. De presentarse circunstancias en las que lo afectivo no esté asegurado por el familiar —según los expertos/as—, es muy difícil sustituirlo, mientras que el resto de las tareas que hacen al cuidado, sobre todo directo, como los aspectos materiales, pueden cubrirse fuera de la familia.

Claro, es distinto un familiar a un tercero, a no ser que sea un tercero casi como un familiar, pero el afecto de un familiar... no sé, es difícil de comprar por otra persona, es difícil de encontrar, de pagar, el afecto del familiar cuando el familiar te responde. (Mujer, área salud)

La opinión del discurso experto coincide en este punto con lo que surge de los datos que brinda la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado, en la cual, con respecto al “deber ser” de hijos e hijas, alrededor del 60% de la población menor de 69 años opina que están obligados/as a garantizar el cuidado, es decir, a asegurar las condiciones para que se realice un cuidado de calidad. Sin embargo, sólo alrededor del 35% está de acuerdo en que hijos e hijas estén obligados al cuidado directo de sus padres o madres (Batthyány, *et al.*, 2012).

Por tanto, el aspecto material asociado al tiempo de cuidado directo no es necesario que lo realicen los familiares, ya que además estos no siempre cumplen las condiciones para hacerlo, sino que lo que deben hacer es mantener el vínculo, cumpliendo con el mandato afectivo.

■ Invisibilidad del trabajo de las mujeres en el cuidado de personas mayores

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

Pocos/as entrevistados/as reconocieron la sobrecarga que implica para las mujeres que sean las encargadas exclusivas del cuidado de las personas mayores, planteando que la distribución inequitativa de cuidados familiares genera un gran esfuerzo físico, emocional e importantes costos.

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

Si bien los/as expertos/as no explicitan por lo general que son las mujeres las que se encargan mayoritariamente de los cuidados, el hecho de promover el cuidado extrafamiliar tiene como consecuencia emergente una disminución de la carga de trabajo para las mujeres y una distribución más equitativa de los cuidados.

Cabe señalar, por otra parte, que los expertos manifiestan que, para poder lograr cambios en los roles de género a la hora del cuidado, es probable que se presenten resistencias importantes desde las representaciones culturales y expectativas de las propias personas mayores que son cuidadas.

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

En estos casos, respetar estrictamente el derecho de quienes cuidan, por ejemplo, cuando desean ser cuidados por sus familiares mujeres, entra en contradicción con garantizar el derecho de elegir cuidar o no, es decir, con lo deseado por quienes cuidan.

■ Los límites al cuidado familiar

Desde el discurso experto, la elección sobre cuál es el rol de la familia en el cuidado de los mayores, y la posible intervención de los otros agentes, depende del grado de dependencia que presente la persona cuidada. Desde el discurso experto, lo que marca el límite al cuidado familiar es principalmente el grado de dependencia de la persona mayor.

El grado de dependencia que tenga la persona mayor modifica los requerimientos necesarios de cuidado para cada adulto/a, y es en función de este que varía la opinión sobre el lugar de residencia adecuada, el tipo de cuidador y las ventajas de que lo cuiden personas de la familia sobre personas especializadas.

La tendencia es a que la institucionalización, a partir del ingreso a un centro de larga estadía, es ideal solamente en caso de alta dependencia. Por tanto, para los expertos, los límites al cuidado familiar se dan por tres razones principales:

Primero, cuando hay un deterioro psíquico importante. En estos casos, en los cuales existen requerimientos de cuidados en salud, es muy importante el desgaste emocional que implica para los familiares el cuidado, y de ese

modo se justifica que puedan excluirse de responsabilidades en el cuidado directo.

... determinados grados de dependencia resultan muy difíciles de sostener, hay estudios que plantean que por encima de dos actividades de la vida diaria afectadas en un grado de necesidad de asistencia total, bueno, la gente termina institucionalizada o el potencial de institucionalización es mucho más alto, porque los entornos familiares terminan saturándose, digamos. (Varón, área salud)

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

... muchas veces, los familiares se transforman en cuidadores obligados y eso es una fuente de potencial sobrecarga a corto plazo y hasta de maltrato, digamos; el rol de cuidador obligado puede ser negativo... (Varón, área salud)

Tercero, por el agotamiento que implica brindar cuidados a las personas mayores, a diferencia de la actividad gratificante que puede implicar el cuidado infantil.

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

Desde el discurso de las autoridades de centros de larga estadía, este tipo de instituciones se plantean como una solución para el agotamiento del familiar, porque permiten concentrar las tareas familiares sólo en el componente psicológico del cuidado, en la promoción del vínculo afectivo, que es la “verdadera” función de la familia en el cuidado —como se planteó en el acápite anterior—, y de esta forma no cargar con el componente material que genera mayor desgaste.

En definitiva, los límites del cuidado familiar para las personas mayores se rigen por las consecuencias negativas que tenga para el adulto/a cuando el familiar no tiene las condiciones necesarias para brindar un cuidado de calidad. Por tanto, si bien el discurso experto incorpora los derechos que tienen quienes son cuidados, de recibir cuidados de calidad, y que por tanto se respeten las condiciones en que debe otorgarse ese cuidado, no se enfatiza en los derechos de los cuidadores.

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

... todos sabemos que depende de la familia que se tenga, y si se tiene una familia; no se puede decir que sea mejor o peor, este..., porque realmente, nosotros no podemos partir de la base de que todo el mundo tiene una familia y que la familia está constituida de la mejor forma, y que los mejores cuidados son los familiares, porque no necesariamente es así, partimos de una hipótesis falsa, muchas veces es así y muchas veces no es así. (Mujer, área social)

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

En esta línea, varios entrevistados/as mencionan que los cuidadores familiares no son buenos cuidadores por el hecho de ser familiares, sino que a veces carecen de la formación y las características personales necesarias que, como consecuencia, pueden afectar la vida de sus familiares mayores.

■ Cualidades necesarias en las personas que cuidan a personas mayores

Respecto a las cualidades de las personas que cuidan, el discurso experto puede especificar con precisión cuáles son las características ideales. Es decir, existe un perfil de cuidador/a fácilmente identificable por los expertos (Cuadro 2).

Existe consenso en la afirmación de que para brindar cuidado, es necesaria la formación, que incluya al menos los aspectos de nutrición, salud mental y conocimiento sobre procesos de envejecimiento en las personas mayores (Cuadro 2).

Sin embargo, al mismo tiempo los expertos plantean que las características personales de quienes cuidan son un elemento muy importante para la realización de la tarea. Las habilidades vinculadas a la generación de empatía, la tolerancia y la capacidad de escucha son fundamentales para brindar cuidado de calidad (Cuadro 2).

El énfasis está puesto en las habilidades personales y no hay una alternativa clara de cómo generarlas o desarrollarlas durante un proceso de formación.

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

Los cuidados de calidad se definen en gran medida por el componente de voluntad, de disposición subjetiva de las personas que lo realizan y, por tanto, debe ser una decisión vocacional (Cuadro 2). El énfasis en lo voluntario y afectivo del cuidado pone en cuestionamiento —al mismo tiempo que lo invisibiliza— el componente de esfuerzo y de conocimiento que implica el trabajo de cuidado.

Una de las características señalada es que la persona debe ser consciente de los costos asociados al trabajo que implica brindar cuidados, sobre todo los costos afectivos, y del estrés producido por las implicaciones emocionales que tiene para una persona desarrollar esa tarea. Esta característica se vincula con la necesidad de elegir la tarea de cuidados, que sea voluntaria, y que esta no tenga como único incentivo la compensación económica. Se busca que las personas encuentren otras motivaciones además de la económica para realizar esta tarea, que le permitan mantenerse en el trabajo. También se vincula con la capacidad de mantener la distancia afectiva para no caer en situaciones de estrés (Cuadro 2).

Sin embargo, las malas condiciones de los nichos de trabajo asociados a los cuidados limitan la posibilidad de elección, lo que puede implicar que muchas personas que se dedican a cuidar lo hacen porque es su única opción laboral y no lo experimentan como algo elegido.

Ahora bien, al parecer, las características necesarias para realizar un cuidado de calidad en las personas adultas son inherentes a las personas que cuidan y, según el discurso experto, ya tienen que venir con ellas. Es decir, quedarían por fuera de lo que es posible de ser aprendido (Cuadro 2). Como es sabido, las características personales vinculadas a la tolerancia, la empatía, son asociadas a lo femenino y son habilidades aprendidas en la socialización por las mujeres (Cuadro 2). De esta forma, al no incorporar la posibilidad de aprender estas habilidades, y al colocarlas como criterio de elección, se plantea una preferencia escondida hacia las mujeres en las tareas de cuidado, lo que claramente tiene consecuencias en la división sexual del trabajo. Al valorar las habilidades necesarias para el trabajo como naturales de las personas que pueden ejercerlos, en este caso como parte de la naturaleza de las mujeres, no es reconocido el esfuerzo que implica este trabajo, se feminiza aún más y se reproducen las malas condiciones del sector.

El Cuadro 2 presenta sintéticamente las principales cualidades que desde el discurso experto son deseables en los cuidadores de adultos mayores.

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

Perfil fácilmente identificable
Vocación para las tareas de cuidado
Capacidad de generar empatía
Requisitos de formación: nutrición, salud mental, conocimiento sobre procesos de envejecimiento en las personas mayores
Capacidad de mantener distancia afectiva adecuada
Capacidad de tolerancia y de soportar el estrés
Las habilidades identificadas son asociadas como propias de las mujeres y no se visualiza cómo aprenderlas

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

A partir del análisis del discurso experto, podemos afirmar que surge con fuerza la idea del cuidado compartido, es decir, la necesidad de la participación de más de un agente proveedor. Como se ha señalado, esto implica que el cuidado no sea exclusivamente familiar, abriendo la participación a otros actores como el mercado, el Estado y la comunidad. Cabe recordar que compartir el cuidado no significa sólo dedicarle algo de tiempo, sino asumir como otro actor más su responsabilidad.

Si bien el discurso experto no reconoce la desigualdad de género en la carga de cuidado de adultos mayores en las familias, habilita la promoción del cuidado extrafamiliar, lo que tiene como consecuencia emergente una disminución de la carga de trabajo para las mujeres y una distribución más equitativa de los cuidados. En el mismo sentido, este discurso no exige responsabilidad a los familiares en cuanto a la dedicación directa en lo que respecta a los aspectos materiales del cuidado, lo que también incide en que, al menos, dichos cuidados puedan ser provistos por soluciones extrafamiliares.

En segundo lugar, uno de los aspectos destacados del discurso experto es la centralidad de la dimensión vincular de los cuidados. Se hace hincapié en el componente psicológico del cuidado como medio para lograr promover la autonomía y de esa forma reducir la dependencia.

El establecimiento del vínculo afectivo se coloca como responsabilidad principal de las familias, a quienes se consideran promotoras “naturales” de dicho vínculo, lo que en el discurso mayoritario no es cuestionado. Sin em-

bargo, de alguna forma, el énfasis que los expertos hacen en lo vincular en el cuidado conlleva contemplar las situaciones de ambos sujetos de la relación, por lo que las condiciones de quienes cuidan son requisito sine qua non del cuidado de calidad.

En esa línea, no es concebible un vínculo de calidad, y por lo tanto el cuidado de calidad, si quienes lo brindan no se encuentran en buenas condiciones formativas, emocionales, sanitarias, económicas, de realización personal, entre otras. Esta condición se presenta tanto si se trata de cuidadores/as remunerados como no remunerados, ya sean familiares o no.

Al poner el acento en el vínculo, se considera a las personas que cuidan y sus posibilidades de fomentar autonomía. Así se coloca el énfasis en las características de quienes cuidan y en la necesidad de tener conocimientos que le permitan hacerlo. En muchos casos, no son los familiares las personas capacitadas para cumplir con este objetivo ni cuentan con las características personales para hacerlo. En definitiva, esto cuestiona que los familiares, y las mujeres en las familias, sean los únicos sujetos capaces de promover un vínculo de calidad, al mismo tiempo que incorpora la posibilidad de otras soluciones extrafamiliares que posibiliten el establecimiento de ese necesario vínculo.

Cabe destacar aquí, la puntualización del discurso experto respecto a las expectativas de las propias personas mayores sobre a quiénes consideran como personas idóneas y habilitadas para su cuidado. Se manifiesta que experimentan resistencias respecto a ser cuidadas por varones. En este sentido, respetar estrictamente el derecho de quienes son cuidados, por ejemplo, cuando estos desean ser cuidados por sus familiares mujeres, obligando de alguna forma a hacerlo, entra en contradicción con garantizar los derechos a elegir cuidar o a no hacerlo, es decir, con lo deseado por quienes cuidan. En definitiva, al no asegurar buenas condiciones para ambos sujetos de la relación, no se garantiza el desarrollo de un cuidado de calidad.

Finalmente, el discurso experto puede identificar con precisión cuáles son las características ideales en el perfil del cuidador/a. Dichas características están relacionadas con el componente de voluntad, de disposición subjetiva, y por tanto de elección de este trabajo como una “vocación”. Este énfasis pone en cuestionamiento, al mismo tiempo que invisibiliza, el componente de esfuerzo y de conocimiento que implica el trabajo de cuidado.

Por otro lado, se aprecia una tendencia a naturalizar estas cualidades del cuidado, como si las características necesarias para realizar un cuidado de calidad fueran inherentes a las personas que cuidan y, siempre según el discurso experto, tendrían que “venir” con ellas. Este discurso, llevado al extremo, implica que las condiciones para cuidar quedarían por fuera de lo que es pasible de ser aprendido.

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

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

Referencias bibliográficas

- Aguirre, Rosario (2008) “El futuro del cuidado”, en Arriagada, Irma (ed.) *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL: SIDA: UNFPA, pp. 23-34.
- _____ (2010) “Los cuidados entran en la agenda pública”, en *Revista de Ciencias Sociales*, 23(27), pp. 10-19.
- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005) *Uso del tiempo y trabajo no remunerado: encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003*. Montevideo: Udelar: UNIFEM.
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2012) *La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género*. Santiago de Chile: CEPAL
- Cea D’Ancona, María Ángeles (1996) *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- CEPAL (2002) *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo, 28. Santiago de Chile: CEPAL
- _____ (2006) *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2011) “El concepto de ‘social care’ y el análisis de los Estados de bienestar contemporáneos”, en Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (ed.) *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, pp. 225-251.
- Durán, María-Ángeles (2003) *El trabajo no remunerado y las familias: consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar*. Washington, DC: Unidad de Género y Salud-Unidad de Políticas y Sistemas-OPS.
- Durán, María-Ángeles y Milosavljevic, Vivian (2012) *Unpaid Work, Time Use Surveys and Care Demand Forecasting in Latin America*. Documento de trabajo, 7. Madrid: Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, Gösta (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Madrid: Ariel Sociología.
- Glaser, Barney y Strauss, Anselm (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- INE (2008) *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay: módulo de la Encuesta Continua de Hogares de Septiembre 2007*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística: Unifem: Inmujeres: Departamento de Sociología-FCS-Udelar.
- Letablier, Marie Thérèse (2001) “Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe”, en *Travail, Genre et Sociétés*, 6, pp. 19-41.
- Martínez Franzoni, Juliana (2009) *Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercado laboral, política social y familias*. San José, Costa Rica: Editorial UCR.
- Navarro, Vicenç (2005) “El cuarto pilar del Estado de bienestar”, en *El País*, Madrid, 30 de abril, p. 56.
- Padua, Jorge (1979) *Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México: FCE.
- Pautassi, Laura (2010) “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social”, en Montaña, Sonia y Calderón, Coral (coord.) *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Cuadernos de la CEPAL, 94. Santiago de Chile: CEPAL: AECID: UNIFEM, pp. 69-92.

- Pérez Orozco, Amaia (2006) *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Colección Estudios, 190. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Sainsbury, Diane (2000) “Les droits sociaux des femmes et des hommes: les dimensions de genre dans les états providence”, en Ballmer-Cao, Thanh-Huyen; Mottier, Véronique y Sgier, Léa (ed.) *Genre et politique: débats et perspectives*. Francia: Gallimard, pp. 233-280.
- Salvador, Soledad (2010) *Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay* [online]. Documento preliminar de CEPAL, presentado en el Seminario Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay, 9 de diciembre, Montevideo. Disponible en: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/41823/di-uruguay-sistema-cuidado.pdf>> [acceso 15/5/2014].
- Saraceno, Chiara (1994) “A dependência construída e a independência negada: estruturas de género da cidadania”, en Bonacchi, Gabriella y Groppi, Angela (org.) *O dilema da cidadania*. San Pablo: UNESP, pp. 205-234.
- Thomas, Carol (2011) “Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, en Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (ed.) *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, pp. 145-176.