

***La construcción de categorías subjetivas en el
proceso de definición de una política pública
sobre cuidados en Uruguay***

Para optar al título de Magister en Psicología Social

**Maestranda: Adriana Rovira
Director de Tesis: Prof. Agdo. Mag. Fernando Berriel
Montevideo, diciembre 2015**

Resumen

En el diseño y definición de toda política pública social se construyen subjetividades y se cristalizan definiciones de sujetos sobre los cuales se establece un campo de acción y representación, este proceso matiza categorías que van estableciendo producciones de sentido sobre los destinatarios de las políticas.

Entre 2010 y 2012 Uruguay inició su proceso de discusión pública para la conformación de una agenda en materia de políticas sociales vinculada al cuidado, tuvo como objetivo generar insumos para el diseño y puesta en práctica del primer Sistema Nacional de Cuidados con participación del Estado. Esta agenda ha estado atravesada por la negociación y disputa de distintos discursos vinculados al tema, que han ido construyendo distintas categorías subjetivas sobre las cuales identificar y definir prioridades.

Con esta investigación se busca determinar los efectos de producción de subjetividad que tienen lugar en el marco de la definición e implementación de políticas públicas que abordan el problema social del cuidado.

La investigación es un estudio de caso sobre el diseño del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. La metodología utilizada es cualitativa a partir de un análisis de contenido de fuentes documentales de naturaleza pública que establecieron las bases conceptuales para el futuro Sistema. Se tomaron los documentos producidos entre junio de 2010 a mayo de 2012 y se realizaron 9 entrevistas en profundidad a los actores que participaron en el proceso de discusión y definición de las bases conceptuales del futuro Sistema Nacional de Cuidados.

Palabras clave:

Producción de subjetividad, políticas de cuidado, políticas públicas

Summary

In the design and definition of all social public policy subjectivities are constructed, and definitions of subjects are crystallized setting a field of action and representation on them. This process permeates categories that build sense on the recipients of these policies.

Between 2010 and 2012 Uruguay began its process of public discussion for the construction of an agenda on social policies related to care, aimed to generate input for the design and implementation of the first National Care System with state participation. This agenda has been crossed by negotiation and dispute of different discourses linked to the issue, which have built different subjective categories from which identify and define priorities.

This research aims to define the effects of subjectivity production taking place in the context of the definition and implementation of public policies that address the social problem of care.

The research is a case study on the design of the National Care System in Uruguay. The methodology is based on a qualitative content analysis of documentary public sources that laid the conceptual basis for the future system. Documents produced between June 2010 and May 2012 were analyzed, and 9 interviews with actors involved in the process of discussion and definition of the conceptual foundations of future National Care System were conducted.

Keywords:

Production of subjectivity, care policies, public policies

Nota de la autora

Transitar por la construcción de conocimiento en el marco de un proceso de formación académica, no siempre es placentero o exento de frustraciones. Pero es siempre un recorrido por aprendizajes de largo tiempo.

El presente trabajo me permitió ordenar ideas, reconocer recorridos que fueron algunos imposibles y otros exitosos. Construir un puente entre mi práctica profesional y mi desarrollo académico. Un puente que hoy me ayuda a integrar aspectos que a veces (la más de las veces), están dentro y fuera de mí en tensión y desarticulados. Me permite habilitar una mirada de revisión ética, de construcción conceptual y política.

Investigar sobre el Sistema de Cuidados fue difícil. Fue una decisión pensada y a conciencia, discutida y reflexionada con Fernando, mi tutor, pero que implicó un ejercicio ético. Formé parte del equipo que trabajó en el diseño de la política de cuidados, por lo cual construir una mirada crítica sobre ese proceso, implicó una reflexión crítica sobre mi trabajo, que siempre también es sobre uno.

Quiero agradecer a Fernando Berriel, el mejor tutor, y especialmente a Maria Carbajal, mi amiga, quien invirtió infinita paciencia, amor y trabajo para que pudiera culminar esta tesis.

Índice

Resumen.....	2
Summary.....	3
Nota de la autora.....	4
Introducción.....	7
Antecedentes.....	11
Marco Conceptual.....	15
Delimitación del objeto de estudio.....	24
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos.....	24
Objetivo teórico.....	25
Procedimiento Metodológico.....	26
Técnica de recolección de datos.....	28
Fuentes secundarias de recolección de información.....	29
Documentos seleccionados.....	29
La entrevista en profundidad.....	30
Tratamiento de la información.....	31
Resultados.....	36
Cuerpos que importan: Características subjetivas planteadas en relación a la población seleccionada para una política de cuidados	37
Definición de cuidados.....	37
Definición de dependencia.....	39

Características subjetivas planteadas en relación a la población seleccionada para una política de cuidados.....	40
Elementos de priorización de la población para el ingreso al sistema de cuidados.....	45
Una política de cuidados: Sistema de cuidados como política pública.....	49
Definición de un Modelo en relación a la política.....	49
Para la definición de un Modelo de política pública en cuidados.....	51
Objetivos de la política.....	53
Aportes esperables de una política de cuidados.....	56
Desafíos que implica una política de cuidados.....	58
Obstáculos para la puesta en funcionamiento de un sistema de cuidados.....	60
Valoraciones respecto al proceso de trabajo.....	62
Conclusiones.....	64
Cuerpos que importan.....	64
Una política de cuidados.....	70
Recomendaciones.....	74
Referencias bibliográficas.....	76
Anexos.....	82

Introducción

En América Latina existe un interés creciente por parte de los estados en entender los cuidados familiares como problema social y objeto de las políticas sociales. El cuidado se ha venido posicionando como parte de los nuevos intereses de agenda política en la región de América Latina¹, buscando la puesta en práctica de intervenciones estatales. Las políticas de cuidados son aquellas acciones referidas específicamente a resolver los problemas de dependencia que presenta la vida material de las personas, que buscan distribuir tiempo y recursos en relación al cuidado.

Históricamente los cuidados en Uruguay, son el resultado de una sumatoria de acciones sociales, privadas y públicas en un continuo de informalidad y formalidad. Debe destacarse que el mayor prestador de cuidados en nuestro país es la familia, y dentro de ellas las mujeres.

En todas las políticas públicas de cuidados debe existir una articulación entre servicios prestados por la familia, el mercado, la comunidad y el Estado. Según el grado de formalización y de maduración de los sistemas, la articulación puede ir de un polo familiarista (y de mercado) a otro formal, desmercantilizado y de financiación pública. Uruguay es un caso de baja formalización con una amplia cobertura familiar y de mercado (siendo esta de muy desigual calidad y con acceso condicionado a los ingresos personales), con una oferta pública difícil de mensurar por lo fragmentado de los servicios y sus formas de financiamiento.

En las últimas décadas se ha generado en nuestro país algunos cambios sociodemográficos: como la situación de un envejecimiento de la estructura de edades de la población, un creciente interés en la protección de derechos de las personas con discapacidad, un aumento de la tasa de ocupación femenina en el trabajo remunerado y ante esto dificultades de conciliación con el trabajo doméstico no remunerado, que hacen que el problema social del cuidado sea un tema prioritario en la agenda de bienestar social y desarrollo.

Como punto de partida para la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, se ha procesado en los últimos años instancias de debate e intercambio en la construcción de una agenda público social en este tema. Entre junio de 2010 y mayo de 2012, en Uruguay se dio inicio a una amplia discusión, con la participación de distintos actores

¹ Junto con Uruguay, los países de Costa Rica, Chile, Argentina, Perú y Cuba vienen dando avances en la puesta en práctica de acciones de atención a la dependencia, o en la formalización de espacios de discusión sobre el tema.

institucionales y organizaciones sociales, para diseñar un Sistema Nacional de Cuidados.

El objetivo que se explicitó a nivel político sobre este proceso, era la necesidad de avanzar en un esquema con participación del Estado en la distribución del bienestar social, mejorando la calidad de los cuidados que reciben las personas con dependencia y liberar tiempo a las familias y fundamentalmente a las mujeres que son quienes cuidan.

En junio de 2010 se creó un Grupo de Trabajo² por Resolución 863/010 del Poder Ejecutivo en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, al cual se le asignó el cometido de elaborar una propuesta de Bases Conceptuales³ para el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados, así como un Plan de Trabajo con el fin de validar el proceso de diseño, el cual se solicitaba debía culminar en setiembre de 2011. Sin embargo, para diciembre de 2012 la tarea del Grupo de Trabajo aún no había podido concluir, extendiéndose la discusión hasta fin de la administración del gobierno de José Mujica. Tanto es así, que recién el 19 de noviembre de 2015 bajo la presidencia de Tabaré Vázquez, se aprueba la Ley 19.353 referida al Sistema Nacional Integrado de Cuidados, y se espera que en 2016 se pongan en funcionamiento las primeras acciones.

Esta dilatación en el proceso de trabajo no permitió dar cumplimiento con los objetivos que el cronograma planteaba. De todas formas el proceso de trabajo se realizó en un marco de negociación y consulta con una multiplicidad de actores donde el equipo de gobierno tenía la tarea de coordinar el proceso y diseñar la política. El trabajo se procesó mediante espacios de intercambio y discusión directa, como debates, talleres y consultorías abiertas, elaborando en paralelo una serie de documentos escritos de circulación pública que analizaba el problema del cuidado y presentaba los principios conceptuales para una política en el tema. Tanto los documentos como los espacios de discusión estuvieron pautados por una división artificial en grupos de trabajo de acuerdo a las poblaciones definidas como relevantes. Se produjo una discusión a

² El Grupo es interinstitucional y está compuesto por representantes de los siguientes organismos: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación y Cultura, Banco de Previsión Social, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Niño y el Adolescente del Uruguay.

³ Con Bases Conceptuales se entiende la producción de un acuerdo político institucional sobre las características de una política de cuidados, en los tres modelos que sustentan una política: modelo de institucionalidad, modelo de servicios y modelo de financiamiento.

partir de marcos interpretativos racionalizados de acuerdo a los fenómenos vinculados a la dependencia que se reconocían como particulares a cada grupo:

- adultos mayores con dependencia
- personas con discapacidad y dependencia
- niños de 0 a 3 años
- mujeres que cuidan en el ámbito del trabajo doméstico no remunerado.

La primera etapa de negociación duró entre junio de 2010 y mayo de 2012, e incluyó como elemento clave para legitimar la producción de información, un ordenamiento de acciones posibles para un futuro Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

En ese tiempo se produjeron y utilizaron un total de ocho documentos, los cuales fueron elaborados en el proceso de trabajo en el período de tiempo establecido, y ubicaron la toma de posición y los marcos de discusión. Tres de esos documentos, fueron elaborados por consultores externos vinculados a la academia y a solicitud del Grupo de Trabajo, estas producciones también se ordenaron en base a la clasificación de los grupos de población que ya fue señalada. El cuarto documento, también bajo la modalidad de consultoría externa, trabajó el perfil de las personas ocupadas en el sector de cuidados, y fue financiada por el Grupo Interagencial de Cuidados del Sistema de Naciones Unidas. Un quinto documento, fue elaborado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), a pedido del Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, y tuvo por objetivo centrar la perspectiva de género. Los documentos restantes, fueron producidos por el propio Grupo de Trabajo a partir de la instrumentación de comisiones técnicas, las cuales se designaron especialmente para este objetivo. El primero de estos tres documentos, incluye algunas definiciones y clasificaciones a la interna de los grupos de población, a la vez que otros aspectos generales sobre la dependencia, los cuidados y el rol del Estado. El segundo documento establece la elaboración de un escenario a corto plazo para el Sistema, donde ya se aventuran elecciones de población considerada prioritaria. Y el último documento toma posición sobre los perfiles de población y la estructura de definición de prioridades en torno a esos grupos de población.

El objetivo de la presente investigación es analizar y conocer la línea argumental trabajada en la primera etapa de discusión gubernamental hacia la construcción de una política nacional de cuidados, para comprender y problematizar como se da la producción de sentido en torno a las personas que cuidan y a las personas que demandan cuidados, así como los principios que orientan y fundamentan una política

pública, que busca administrar un tema tan complejo como la economía del cuidado en nuestro país.

Antecedentes

En nuestro país hay una importante producción en investigaciones que abordan distintas dimensiones respecto al problema del cuidado. Exponentes como Rosario Aguirre y Karina Batthyány son prolíferas investigadoras que han profundizado sobre el problema del cuidado y la división sexual del trabajo remunerado y no remunerado.

El debate académico y el desarrollo de investigaciones en nuestro país sobre la cuestión del cuidado como problema social, establece su desarrollo argumental a partir de los debates instalados en los países anglosajones y europeos impulsados por las corrientes feministas en el campo de las ciencias sociales iniciados en los años 70.

A finales de la década del 90' comienza en nuestro país, una producción académica sobre el problema del cuidado. Por ese momento asociada al trabajo doméstico y en cómo este impacta en la desigualdad social de las mujeres. Rosario Aguirre y Clara Fassler en 1997, realizaron uno de los trabajos precursores en el tema: *“Acerca del cuidado doméstico. La mujer en la familia como protagonista del bienestar social”*.

Ya entrada la década del 2000, se da inicio a un proceso de investigaciones en torno al cuidado que logran posicionar una agenda académica en el tema. Comienzan a utilizarse las encuestas del uso del tiempo⁴, lo cual permite conocer como se distribuyen las tareas domésticas a la interna de los hogares, así como la división sexual del trabajo no remunerado en el espacio de la vida privada. Así encontramos en 2005 la investigación de Rosario Aguirre y Karina Batthyány: *“Uso del tiempo y trabajo no remunerado”*.

En la región son importantes los estudios sobre los cuidados domésticos en las políticas públicas de salud, como el de Patricia Provoste, 2004 para Chile y de Soledad Murillo, 2004 para España. Nuevas investigaciones en torno al cuidado se fueron desarrollado en la última década para España, como la de María Ángeles Durán (1999), en torno a los “costes invisibles”, en el cuidado no remunerado de la salud teniendo en cuenta los cambios demográficos y las nuevas tecnologías.

⁴ Las Encuestas de Uso del Tiempo son una técnica de recolección de datos que produce información referida a la distribución de las actividades de cuidados, estimando el tiempo no remunerado que los miembros de la familia dedican a estas actividades.

Algunas de las conclusiones que presentan estas investigaciones tienen que ver con el carácter doméstico de los cuidados y como esto ha sentado las bases para la exclusión de las mujeres de los espacios públicos y del ámbito del trabajo remunerado. El cuidado se realiza como una tarea invisible, femenina y del ámbito doméstico.

Desde esas producciones hasta hoy son muchas las investigaciones que trabajan distintos aspectos en relación a las prácticas de cuidado. Teniendo en cuenta las dimensiones que trabajo en la presente investigación, me centraré en repasar algunos antecedentes que abordan de forma más específica las categorías de la definición de políticas públicas y producción de subjetividad en relación al problema social del cuidado.

Investigaciones sobre políticas públicas y producciones de discurso en torno al cuidado, son más escasas. Hay algunos antecedentes muy interesantes en Uruguay que se han producido en los últimos años. Quiero destacar la investigación en 2011 de Karina Batthyány y Valentina Perrotta: *“Sistema Nacional de Cuidados: diagnóstico y propuestas desde una perspectiva de género y derechos”*. La misma trata sobre la oferta de servicios públicos de cuidados en Uruguay desde la perspectiva de género y derechos.

Esta investigación profundizó en la institucionalidad de los cuidados en nuestro país:

El estudio realizado da cuenta de la persistencia de inequidades y de la necesidad de políticas públicas en que se asuma la responsabilidad social de la reproducción de la población. Se constata en el universo de programas sociales de alcance nacional la permanencia de las líneas más típicas de intervención pública, con un claro predominio de las prestaciones universalistas principalmente en terrenos de funciones secundarias del Estado como la educación y la salud”. (pp. 63)

Respecto a cómo las políticas públicas abordan las desigualdades de género, y como podría ser esto un aspecto relevante a trabajar en futuras políticas de cuidado las investigadoras mencionan:

En este sentido, no se define a las mujeres como grupo meta a promover, lo cual no parece aportar al objetivo general del Plan de Equidad de nivelar verdaderamente las oportunidades eliminando las desigualdades de género. Contrariamente, parece percibirse una disociación del ámbito público y privado, no reconociendo a la distribución equitativa de las tareas no remuneradas y la provisión de cuidado como un derecho social profundamente ligado a la imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía para las mujeres. Sumado a esto, no se incluye a los cuidados como parte integrante de la red moderna de asistencia social. (pp. 65)

Así, el Estado tiene una responsabilidad primordial para adaptar los marcos institucionales que arbitran la interacción entre familia y trabajo, entre ellos: la normativa laboral, las políticas públicas, y la participación y el rol de los actores. (pp.67)

Es necesario reconocer que la reproducción social y los cuidados aportan un valor clave a la sociedad. En consecuencia, es menester reconocer el derecho del cuidado como un derecho universal para quienes deben ser cuidados como para quienes deben o quieren cuidar, y no como un derecho particular atribuible a las mujeres (pp. 67)

Siguiendo la línea sobre políticas públicas y cuidados, se llevó adelante en España entre 2011 y 2014 la investigación: *“Políticas Públicas y Producción Política de la Categoría de Cuidados: el Caso de la Ley de Dependencia”*, a cargo de Amparo Serrano y Alba Artiaga. Indaga en los procesos de transformación del orden simbólico y político que se articulan en torno a las actividades vinculadas a los cuidados y la puesta en funcionamiento de una política pública. Este estudio plantea algunas consideraciones que son interesantes:

La cuestión de los cuidados ha servido como catalizador de una interesante discusión acerca de, por un lado, la relación entre los pilares axiológicos de nuestras sociedades occidentales y la reproducción de estructuras de desigualdad, y, por otro, la relación inexorable que se configura entre las tecnologías del poder y formas de subjetivación y producción de identidades sociales. (pp.185)

Respecto a la aplicación de la política de cuidados en España, la investigación concluye:

La LAAD, aunque inmadura y poco ambiciosa en sus objetivos, ha constituido sin duda un importante acicate para repensar nuestras sociedades, sus bases morales y sus compromisos políticos. Este potencial inmanente a la ley se asienta no sólo en el reconocimiento político de una ineludible revisión de estos fundamentos éticos y ontológicos dados por supuesto acerca de los cuidados y de la vulnerabilidad, sino también como catalizador latente de una profunda reformulación de las relaciones políticas de género y de cuidados. La publicación de la LAAD podría contribuir, por tanto, a producir marcos interpretativos alternativos con los que pensar los cuidados que reformulen las dicotomías anteriores establecidas entre dependencia/autonomía, productivo/improductivo, privado/público, masculino/femenino que configuran el orden social de género. En este sentido, consideramos que esta ley puede inducir un nuevo paradigma epistémico, esto es, un modo alternativo de nombrar la vulnerabilidad y asignar, a un mismo tiempo, responsabilidades para combatirlo. (pp. 186)

Investigaciones sobre producciones de discurso en relación al cuidado, me interesa destacar tres que se han realizado en Uruguay en el reciente tiempo y han aportado a mi trabajo.

En primer lugar, la realizada en 2012 por Karina Batthyany, Natalia Genta y Valentina Perrotta: *“¿Qué nos dicen los expertos sobre el cuidado de calidad de personas mayores? Un análisis de género”*, el estudio aborda las concepciones que tienen las personas respecto a diferentes modalidades de cuidados y la producción de sentido a partir del discurso experto.

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. (pp. 74)

Una segunda investigación que es también de Karina Batthyany, Natalia Genta y Valentina Perrotta: *“La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay”*, del año 2013.

Las representaciones sociales dan cuenta de un conocimiento práctico, productor y constructor de una realidad social compartida por un colectivo, y por medio de ellas se intenta dominar ese entorno, comprender y explicar. Son al mismo tiempo producto y proceso de construcción de la realidad y de su elaboración psicológica y social (pp.16)

Y por último, la investigación de María Carbajal y Fernando Berriel: *“Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo”*, de 2014. Aquí la investigación se centra en acceder a una definición de las percepciones y significados que construyen los sujetos en relación a las prácticas del cuidado de acuerdo a la composición de los hogares.

El campo de significación que implican el o los cuidados cristaliza en sentidos que este estudio pretende exponer pero también es un campo que está vivo y en permanente movimiento ya que se encuentra en relación directa con una historia personal y social. Vivo también porque se enmarca en un universo de relaciones que depende de la red social y vincular de las personas. (pp.62)

Marco Conceptual

El diseño de un Sistema Nacional de Cuidados comprende la definición de una política pública de relevancia a nivel social para el país. Esta relevancia no sólo está planteada por la importancia que presenta la política en cuestión, sino también en establecer definiciones sobre el cuidado como problema social.

El cuidado surge en el último tiempo como materia de interés de la política pública, a partir de algunos cambios que vienen impactando en las prácticas de cuidado familiar. Las familias y las mujeres históricamente han presentado para la sociedad un recurso natural de cuidados, pero el aumento de la tasa de ocupación femenina y el envejecimiento de la estructura demográfica de la población, ubican el cuidado como un problema social de importancia para la revisión que tienen los estados en su capacidad de proveer cuidados y comenzar a participar activamente de la prestaciones de servicios en este ámbito. El cuidado impone a su vez, una fuerte consideración de la distribución del bienestar social sustentado en las relaciones de género.

La construcción de conocimiento en relación al cuidado surge progresivamente sobre la observación de las prácticas cotidianas y mostrando la complejidad de arreglos que permiten cubrir las necesidades de cuidado y bienestar. El cuidado es entendido como:

(...) una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Supone un vínculo entre el que brinda el cuidado y el que los recibe. Está basado en lo relacional y no es solamente una obligación jurídica establecida por la ley sino que también involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas (Aguirre, 2005. pp.5)

Comprende una práctica que se sustenta en la división sexual del trabajo, entendido como el reparto de tareas en función del sexo. Lo cual ha generado un sistema de diferenciación de actividades propias para las mujeres y otras propias de los hombres. En este sistema, les corresponde a las mujeres el desempeño de actividades del ámbito doméstico considerado como reproductivo y a los hombres en el ámbito público considerado como productivo. Esta división sexual del trabajo ha constituido la argumentación de un “orden natural”, en el que las mujeres han nacido para procrear y cuidar, configurándose así una identidad femenina patriarcal. Esta interiorización por

parte de los hombres y mujeres de la división de tareas en función del sexo, es lo que construye los roles de género que son los que operativizan en la práctica las tareas para unas y otros. Como consecuencia, las mujeres quedan en una posición subordinada, con menor acceso a los recursos, menor estatus jurídico y jerarquía social, que se reproduce en el espacio doméstico y público.

Este orden normativo establece el cuidado como parte sustantiva del trabajo no remunerado y dentro de las tareas de orden reproductivo, que es un tipo de trabajo circunscrito al marco privado y de la esfera doméstica.

Una política pública que pretenda desarrollar acciones en el ámbito del cuidado debe tener en cuenta las bases económicas, sociales y culturales que dan lugar al problema de la economía del cuidado, donde son las mujeres quienes sostienen la distribución del bienestar social. Es así que el cuidado surge como un nudo crítico en la acción pública, ya que el funcionamiento de la sociedad sostenido en la fuerza de trabajo no remunerado e invisible de las mujeres, está en crisis. El dilema político que se presenta, es desde que lógicas de comprensión e intervención estatal se construirán los sistemas de respuesta públicos para responder a la crisis social del cuidado.

Históricamente las prácticas de cuidado en Uruguay, son el resultado de una sumatoria de modelos diferentes de intervención, por lo tanto el acceso, así como la calidad de los servicios presenta una gran diversidad. Uruguay ha sido un país donde se ha resuelto históricamente el cuidado desde las posibilidades de cada familia, tanto en su disponibilidad de tiempo, como de recursos financieros, y donde el mercado participa de acuerdo a la capacidad de compra, en un esquema de muy desigual calidad, con acceso condicionado a los ingresos personales. La oferta pública es difícil de mensurar por lo fragmentado de los servicios, posee a su vez una limitada capacidad de respuesta y mecanismos de focalización que dificultan su acceso. Por lo cual la definición de un Sistema Nacional de Cuidados presenta para ciertos sectores de la sociedad una política de gran expectativa.

El proceso de discusión y definición del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay, presenta un escenario de análisis privilegiado para conocer como se diagraman y cristalizan distintas categorías subjetivas vinculadas al cuidado en el ámbito de la política pública, ya que el proceso de discusión colocó el objetivo de trabajo en la construcción de tramas argumentales para definir la población objetivo y las acciones de la futura política.

Una política social obedece fundamentalmente a un desarrollo conceptual y a la construcción de marcos interpretativos en la regulación social que establecen y sobre la que posteriormente distintos actores intervendrán. Las políticas públicas en el área del cuidado no son una excepción, son política sociales que intervienen sobre la construcción de problemas en torno al cuidado, pero los fundamentos de los que parten y las definiciones sobre las que establecen su órbita de abordaje, definirán conceptualizaciones en torno a la distribución de bienestar social que configuran un marco interpretativo sobre la vejez, la niñez, la discapacidad, las relaciones de género, las clases sociales y las relaciones de poder que no puede ser inadvertido.

El Estado, a través de sus instituciones, delimita las formas de malestar sobre las cuales tramitar estrategias de intervención y de regulación. En este escenario, las formas de nominación provenientes de la política pública, juegan un papel importante que incide en la subjetividad de aquellos a quienes se dirige.

Me parece que, en una sociedad como la nuestra, la verdadera tarea política es criticar el juego de las instituciones en apariencia neutras e independientes, criticarlas y atacarlas de manera tal que la violencia política, que se ejerce oscuramente en ellas, sea desenmascarada y que sé pueda luchar contra ellas. Foucault (2012. pp.20)

Este punto es especialmente relevante, cuando la política pública tiene como encargo abordar la cuestión de la imposibilidad de los sujetos, como es el caso de las personas con dependencia. En el entendido que la dependencia instala en el argumento de la un acontecimiento de imposibilidad, de falta de viabilidad para la vida y la autodeterminación. Tomando los planteos de Foucault (2012) se puede advertir que el cuidado es un lugar donde la *acción política* puede ser eficaz. Se da entonces, la construcción de un espacio *biopolítico* donde las racionalidades “*actúan en los procedimientos por medio de los cuales se dirige la conducta de los hombres a través de una administración estatal*”. (Foucault 1999: pp.213).

Foucault establece la constitución de un tipo de poder que llega directo sobre el cuerpo viviente, una economía política de los cuerpos, el cuerpo debe ser formado y reformado para ser capaz de producir. El poder se sostiene en mecanismos de sostener la vida, en este aspecto las políticas de cuidado siguen ésta lógica de sentido. La noción de poder en Foucault no es de ejercicio ni dominación, es más bien como plantea Godoy (2014) una *magnitud semoviente, donde las relaciones de poder están en continuo cambio, no es una acción de poder, son estados de poder*. (pp:115)

Como correlatos de estos caracteres fundamentales:

Foucault nos previene contra la concepción del poder como algo apropiable, que se puede adquirir y compartir; o exterior a las otras relaciones sociales; o descriptible a partir de la noción binaria del mando y la obediencia, como una dualidad matriz que opera desde arriba hacia abajo; o, por último, como el producto de las decisiones de una razón institucional emplazada en algún locus central de la sociedad. No es que niegue totalmente esas percepciones sobre el poder, sino que nos propone mirar el poder en la perspectiva de la microfísica. El énfasis en el análisis de los dispositivos de poder, Godoy (2014. pp.17)

Se da la producción de algunos cuerpos que es importante mantener con vida para producir, y otros cuerpos que son excluidos, desalojados del interés de Estado.

Esta palabra, "cuerpo", no hay que entenderla de manera simplemente metafórica: se trata, en efecto, de una materialidad compleja y múltiple que comporta, además de los "cuerpos" de los individuos, el conjunto de los elementos materiales que aseguran su vida, constituyen el marco y el resultado de su actividad y permiten los desplazamientos y los intercambios. Foucault (2012. pp. 219)

Para Butler (2012) el cuerpo es construido a partir de efectos del lenguaje y se performa de acuerdo a los dispositivos de poder. El cuerpo deberá adaptarse a una forma plástica en simetría con su rol, cuanto más distancia tenga de esta forma, más "anormal" será. El cuerpo "anormal" sufrirá una violencia simbólica que lo niega y lo obligará a entrar en la categoría dispuesta. Una política pública que se sostiene en la clasificación e identificación de cuerpos designados con la categoría "dependientes", constituye un escenario de prácticas simbólicas y producción de subjetividad que al decir de Foucault (2012) se transforma en una *relación estratégica* sobre el cuerpo, que establecerá líneas de sentido sobre cuerpos "normales" y cuerpos "anormales".

Si el cuerpo se crea en una dinámica de interacción es importante de-construir y reconocer esa naturaleza artificial, esa dinámica a su vez no es pasiva, y el sujeto instalará según Butler (2012) mecanismos de resistencia.

Para Foucault (1989) la *biopolítica* es una relación estratégica sobre el cuerpo, no un poder de decir. El poder es, de este modo, definido como la capacidad de estructurar el campo de acción del otro, de intervenir en el dominio de sus acciones posibles. La persona que requiere cuidado pasa a la categoría de cuerpo que debe ser sostenido vivo a partir de actividades como comer, asearse, cagar, dormir.

Le Breton (1995) plantea:

el cuerpo moderno pertenece a un orden (...). Implica la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser un cuerpo). (...) Nuestras actuales concepciones del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y, también, con la historia de la medicina. (pp.103)

En el proceso de definición de los destinatarios de una política pública se sitúa siempre un proceso totalizador y de homogeneización, pero a la misma vez de individuación. Se reconoce al individuo en la trama social, pero se intervendrá a partir de una lógica de homogeneización, y la política pública operará a futuro en la propia categoría artificial que ha cristalizado (Fernández, 2007). Este proceso tiene consecuencias políticas en el sentido que invisibiliza la paradoja. Es la propia definición política que recorta del universo social su futuro sujeto de intervención pública, lo esencializa para después entenderlo como algo que no puede ser de otra manera.

El proceso de construcción de líneas argumentales en el tema del cuidado, va instalando un campo en disputa. Los distintos sujetos que se van definiendo destinatarios del futuro Sistema, compiten a partir de las producciones de sentido y los procesos de objetivación y subjetivación que los distintos actores involucrados pautan (Foucault, 1999), para definir a quienes vale la pena salvar, quienes quedan conformados en la categoría de sujetos y quienes quedan abyectos. Butler (2012).

Se da un proceso continuo de nominación y legitimación que ordena y establece los aspectos valorados y no valorados en el campo social e institucional para la toma de decisiones (Fernández, 2007). Se establece un diálogo de definición política para establecer un campo público de intervención, pero se establece también, un marco de definición y lucha simbólica donde las distintas cristalizaciones de sentido entran en tensión y conflicto. Donde los sujetos que formarán parte de la acción de una política pública de cuidados serán intervenidos en el cuerpo. *“Cada institución se considera como productora exhaustiva de los sujetos que necesita en la situación que los necesita”* (Lewkowicz, 2004: pp 44).

Las políticas públicas son de alta eficacia porque se legitiman y sostienen en los propios procesos compartidos de la sociedad (Fleury, 2002). Producen procesos de identificación y subjetivación a partir de acciones que se construyen en prácticas y discursos sobre los propios sujetos.

La construcción no es un acto único ni un proceso causal iniciado por un sujeto y que culmina con una serie de efectos fijados. La construcción no se realiza en el tiempo, sino que es en sí misma un proceso temporal que opera a través de la reiteración de normas (...) (Butler 2012: pp29)

En este sentido al decir de Fernández (2011)

comprendemos la subjetividad como un proceso directamente político, de generación de una inteligencia y una afectividad colectiva, y no como una dimensión pre o extra socio-histórico. Tendemos a pensar la subjetividad como todo aquello que se produce materialmente en todo acto productivo, cualquiera sea. (pp9)

Las políticas públicas son maquinarias que engloban acciones y prácticas potentes en la producción de subjetividad. Entendiendo la producción como un proceso que presenta el desafío de pensar los modos sociales de sujeción (Fernández 2011). *“En la articulación de política y subjetividad es imprescindible pensar los cuerpos: cómo operan, como se potencian y despotencian, cuando arman masa, cuando se singularizan”*. (Fernández 2011:pp.11)

La producción de subjetividad debe ser entendida como el resultado de la incidencia de los mecanismos de normalización en el individuo, estos mecanismos se articulan a partir de los dispositivos disciplinarios, con el fin de producir un tipo de mentalidad acorde a las condiciones culturales existentes a partir de un sistema de prácticas y discursos (Foucault, 1989.) Estos mecanismos funcionan según Foucault en los espacios cerrados de las instituciones, la familia, la escuela y podríamos incluir las Políticas Públicas.

Una política pública es un relato discursivo, pero también un relato político, que según Bourdieu (1986) ejerce una violencia simbólica a través de mecanismos de legitimación y regulación directamente expresados hacia representaciones sociales colectivas, por lo cual al analizarlo se puede llegar a la producción de sentido sobre la realidad social sobre la que interviene. Al definirse una política pública los actores sociales entran en una disputa de valores, representaciones y creencias sociales sobre un problema común o un tema de interés social.

El termino política es un concepto complejo que entraña diferentes sentidos, viene del inglés y en español podemos discriminar tres acepciones bien diferenciadas, polity: lo político es entendido como el ámbito de gobierno, politics: la actividad de organización y lucha por el control del poder, y policy: la política como propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas. Según Lahera (2004) las políticas públicas tienen que ver con el poder social que corresponde a dar soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos, por lo cual sustentan y desarrollan posturas políticas, por lo tanto se presentan como ámbito de acción. Las políticas públicas actúan en torno a los temas convocantes a lo público.

El estudio de la política pública permite observar los límites y posibilidades que se tienen frente a los problemas públicos, como ciencia que estudia la acción del Estado sobre la sociedad, y que conlleva decisiones que determinaran recursos políticos, económicos y sociales para intervenir en los problemas de la esfera pública.

Para Habermas (1973) (...) bajo la esfera de lo público entendemos en principio un campo de nuestra vida social, en el que se puede formar algo así como opinión pública. Todos los ciudadanos tienen en lo fundamental, libre acceso a él. Una parte de la esfera de lo público se constituye en cada discusión de particularidades que se reúnen en público. (pp.123)

Lahera (2008) plantea que las políticas públicas son flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática. Revisar el origen y el fundamento de la política pública permite comprender lo que significan desde los objetivos planteados para la acción pública. La reflexión acerca de la política pública percibida como acciones instrumentales del Estado, debe adoptar elementos que trasciendan la mera acción que busca intervenir en los problemas sociales y transformarlos. Una política pública debe ser comprendida como mecanismos de acción del Estado sobre la sociedad, donde están presente relaciones de poder que determinan sus marcos de acción, así como dimensiones simbólicas que dan cuenta de las lógicas de comprensión del mundo. En ella, no sólo se busca resolver los problemas validados de la sociedad, sino que se produce una constitución de relaciones de poder, una dimensión socio-política.

Las políticas son hechas de palabras. De modo que estas teorías subrayan el papel de las ideas, de los factores cognitivos, retóricos o inclusive estéticos en la formación de las políticas públicas; y minimizan el papel de los intereses o de la racionalidad. (Roth 2008: pp.69)

El estudio de las políticas públicas puede adscribirse a distintos paradigmas, la teoría crítica constituye un modelo posible, desarrollado por la Escuela de Francfort (Habermas, T. Adorno y H. Marcuse). Este paradigma asume una postura comprometida con la transformación social, donde la objetividad científica no existe. La teoría crítica en el campo del análisis de las políticas públicas se enfoca en develar las relaciones de poder. Roe (1994) concibe los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas como representantes por sí mismos de una “fuerza”, la cual debe ser considerada explícitamente. Plantea que los relatos de políticas se resisten a la modificación, ante ello es importante analizar las fuerzas que las mismas establecen, ya que la producción de sentido que determinan no son tan dinámicas y fáciles de modificar.

Este relato político y de sentido que establecen las políticas públicas es lo que Jobert y Muller (1987) han dado en llamar *referencial*. El *referencial* de una política se define como:

una imagen de la realidad social construida a través del prisma de relaciones de hegemonía sectoriales y globales. Es una imagen codificada de la realidad [...]. No obstante, esta imagen produce unos efectos tangibles: sin volver la realidad completamente transparente, puesto que ella oculta en general las relaciones de hegemonía, la vuelve un poco menos opaca porque permite, a través de las normas que ella produce, actuar sobre la realidad. (pp. 70)

Jobert y Muller (1994) también establecen que hay agentes que elaboran estos *referenciales*, planteando la figura de:

los *mediadores* están entonces en el origen “de las imágenes cognitivas que determinan la percepción del problema por los grupos presentes y la definición de las soluciones apropiadas. En la producción y funcionamiento de una política pública existe un conjunto de actores que influyen y determinan la construcción del referencial de la política. Este referencial integra los modos de funcionamiento de la sociedad, las imágenes colectivas que ordenan el mundo en el tema que configura el punto de la política. En la definición de una política pública es fundamental analizar cómo se da la construcción del problema que se pretende atender, ya que esta construcción presenta características ideológicas, simbólicas y prácticas. Y su vez, como fue mencionado anteriormente, este *referencial* presenta lógicas de poder que no son siempre dinámicas y fáciles de mover. (pp. 50)

La discusión de un Sistema Nacional de Cuidados instaló entre 2010-2012 un proceso de interacciones entre varios actores con objetivos diferentes. La definición de una Base Conceptual establece lo que se puede identificar como un *referencial* para una política de cuidados. Entiendo fundamental el estudio de este *referencial* para

comprender como es pensado el problema del cuidado, sobre quiénes y cómo se piensa intervenir, así como comprender la lógica de poder que se constituye y posiciona categorías subjetivas en relación a los sujetos, los cuerpos y el cuidado.

Delimitación del objeto de estudio

Esta investigación es un estudio de caso sobre la primera etapa de diseño del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay, entre 2010 y 2012. Me interesó trabajar sobre esta política entendiendo su nivel de importancia en la agenda pública del país, y por el posible impacto que la puesta en práctica de la misma podría tener a nivel social y sanitario.

En Uruguay como punto de partida, se procesó entre 2010 y 2014 la construcción de una agenda pública de gobierno en este tema, con el objetivo de ampliar los mecanismos de protección en materia de bienestar social de la población, entendiendo que el déficit en cuidados era un aspecto relevante a resolver. Entre junio de 2010 y mayo de 2012 se dio la primera etapa de este proceso, que se centró en definir un marco de comprensión del problema del cuidado y establecer las poblaciones entendidas como prioritarias para un futuro Sistema.

Objetivo general

Estudiar el proceso de construcción social del cuidado y de la población objetivo del mismo a partir del proceso de conformación de una política pública orientada a la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, tomando para ello el caso de Uruguay en el período comprendido entre junio de 2010 y mayo de 2012.

Objetivos específicos:

- Identificar las formas de significar el problema del cuidado en el marco del proceso de definición de una política pública.
- Determinar las categorías de sujetos que se priorizan de acuerdo a esa conceptualización de cuidados en la definición de una política pública.
- Identificar los significados que son enunciados respecto a la población objetivo de la política de cuidados para Uruguay.
- Identificar la evolución de los enunciados relativos a las categorías subjetivas en el marco de los procesos de negociación para la toma de decisiones en el ámbito de la política pública de cuidado.

Objetivo teórico:

Se busca construir un conjunto de planteamientos teóricos que guíen el desarrollo de la investigación y que permitan interpretar el proceso de definición de los sujetos destinatarios de una intervención pública y la construcción del problema social del cuidado en el proceso de definición de una política pública. Es necesario definir y acotar el concepto de cuidado y el de "persona destinataria" de la acción pública, para ello se recurrió a un enfoque interpretativo sobre las producciones discursivas, así como el contexto donde fueron definidas, para mostrar la dimensión de construcción y artificialidad que presentan.

Una política pública obedece fundamentalmente a un desarrollo conceptual y a la construcción de marcos interpretativos sobre los problemas que atraviesan a las poblaciones. En el área de cuidado esto no es una excepción, son prácticas materiales y simbólicas que intervienen y gestionan problemas de población en relación a la dependencia y la demanda de cuidados. Sobre la construcción de los problemas en torno al cuidado se establecen conceptualizaciones en torno a la distribución de bienestar social y la población que se identifica como destinataria de esa acción pública.

Las formas de nominación y selección provenientes de la política pública, juegan un papel importante que incide en la subjetividad de aquellos a quienes se dirige. Esto es especialmente relevante, cuando la política pública tiene como encargo particular abordar la cuestión de las personas con dependencia y especialmente cuando se establecen criterios de clasificación y ordenamiento sobre esta población para definir quienes tienen acceso y quiénes no. La clasificación de una población objetivo se establece en base a la construcción de fenómenos comunes que tienden a cristalizarse para ordenar una lógica de comprensión que son útiles para la definición del sujeto de la política pública. Se establecen así producciones de sentido y procesos de objetivación y subjetivación que los distintos actores involucrados pautan con el objetivo de priorizar y visibilizar (Foucault, 1999).

En el proceso de definición de los destinatarios de una política pública se puede situar un proceso totalizador y de homogeneización donde las singularidades se anulan, así la política pública operará a futuro en la propia categoría artificial que ha cristalizado

(Fernández, 2007), este proceso tiene consecuencias políticas, donde la propia definición que hace la política recorta al futuro sujeto de intervención.

El proceso de discusión y definición del Sistema Nacional de Cuidados colocó como objetivo de esta primera etapa la construcción de tramas argumentales para definir la población objetivo del futuro Sistema, definiendo hacia quiénes y cómo debería direccionarse la política. Analizar este proceso permite identificar y problematizar las definiciones realizadas.

Procedimiento metodológico

A partir de una metodología cualitativa y mediante un estudio de caso se aborda el análisis de la construcción y definición del problema del cuidado y de los sujetos que serán destinatarios de una política pública para Uruguay. Se entiende que representa un fenómeno de gran valor teórico, para la construcción de un corpus de análisis referido a como se da el proceso de definición de población objetivo y la construcción de un problema social. Es importante especificar que el fenómeno y conclusiones abordadas en el presente estudio, no pretenden ser extrapolables o generalizables a otras realidades y procesos de definición de otras políticas públicas, ya que esto no es posible por la propia naturaleza del estudio. En este sentido una dimensión importante a tener en cuenta, fue el contexto que encuadra la aproximación de los contenidos que aborda esta investigación, ya que un mismo fenómeno de definición de política pública de cuidados, puede producir contenidos ampliamente diferentes a partir de la influencia de otros componentes.

Un estudio de caso es:

(...) una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia (...) se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos (Yin; 1994; p.14).

El estudio de caso es una estrategia metodológica de carácter descriptivo, cuya finalidad radica en estudiar un ámbito específico de lo que se considera como un fenómeno complejo. En este sentido, el “caso” de estudio, se entiende como un sistema complejo integrado y en constante funcionamiento; por lo que la finalidad del

análisis desde esta técnica, radica en lograr interpretar y reconstruir ese sistema. Aún cuando los estudios de caso permiten construir generalizaciones sobre las temáticas investigadas; su gran fortaleza reside en la capacidad de generar interpretaciones, las cuales son posibles de ser utilizadas en estudios comparativos posteriores. Para ello, un estudio de caso implica un proceso sucesivo de definiciones de temas relevantes para el “caso” estudiado ligado a una sucesiva recolección de datos, conducente a una validación y formalización del “caso” según los objetivos definidos.

Una potencialidad que se desprende de la utilización de este método reside en la posibilidad de articular múltiples fuentes de información, tanto a nivel primario como secundario. El estudio de caso tiene un carácter cualitativo-descriptivo, por su capacidad de poder establecer interpretaciones una vez materializada la investigación

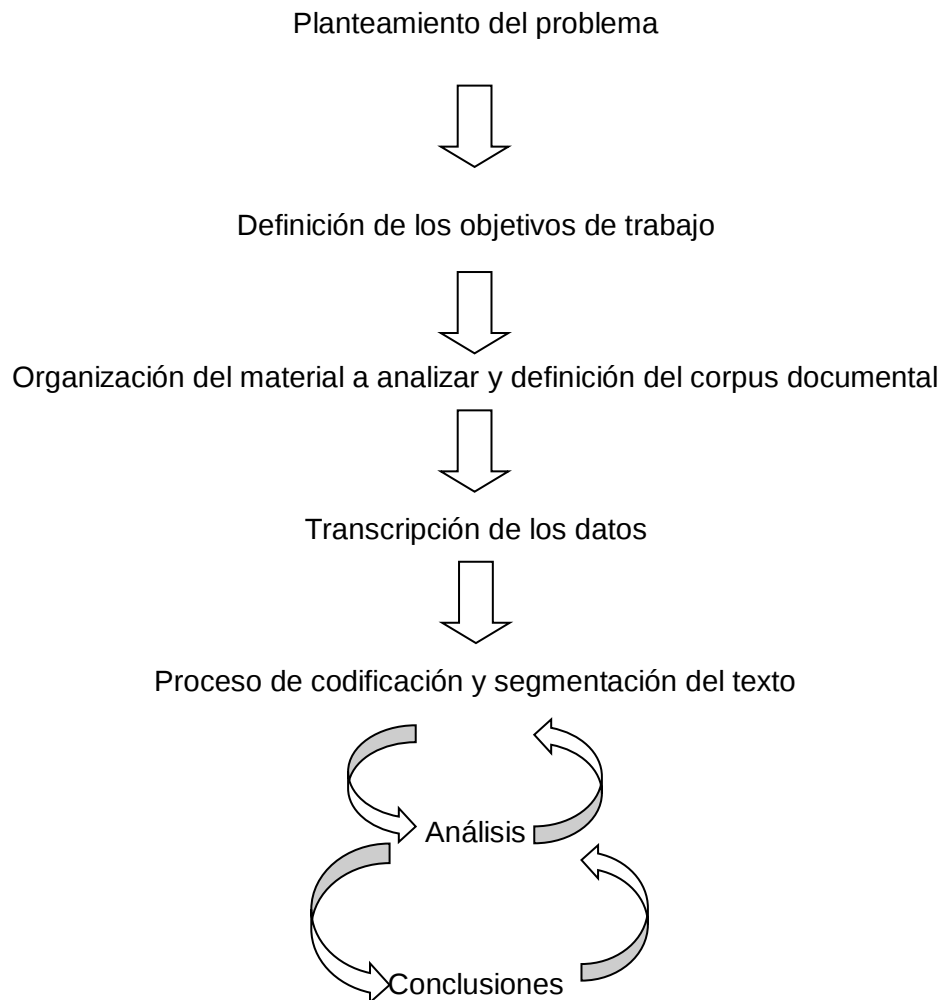
Analizar y comprender el proceso de elaboración de una política pública sobre las percepciones de determinados actores, presenta la complejidad de la selección del material de abordaje. El análisis de contenido permite investigar sobre la naturaleza del discurso teniendo en cuenta tres dimensiones:

- El texto del discurso
- El contexto
- La interpretación del investigador

Se seleccionó el estudio de caso como método de trabajo, con el objetivo de generar un modelo teórico interpretativo sobre el proceso de definición de los sujetos destinatarios de una política pública de cuidados, y como se relaciona esto con la comprensión del cuidado como problema social. El estudio de caso permite acercarse, conocer e interpretar en profundidad la perspectiva de los actores involucrados en el proceso, para lo cual se seleccionaron dos técnicas de recolección de información.

- Análisis de fuentes secundarias, producción escrita elaborada para colaborar en la toma de definiciones en torno al futuro Sistema de Cuidados.
- Entrevistas a los responsables del diseño de la política de cuidados.

La investigación siguió un procedimiento metodológico ordenado en diferentes etapas, lo cual permitió un proceso permanente de revisión y reformulación del trabajo.



Técnicas de recolección de datos:

El relevamiento de información se realizó mediante la utilización de las técnicas de entrevista en profundidad y recolección y análisis de fuentes de información secundarias.

El trabajo de campo se realizó en dos fases, en un primer momento, se efectuó el análisis de los contenidos escritos, estableciendo categorías sobre los enunciados para una primera aproximación de análisis. En base a ese proceso en una segunda fase, se construyó la pauta de entrevista, la cual fue aplicada a los informantes calificados que participaron en la definición del futuro Sistema de Cuidados.

Fuentes secundarias de recolección de información

El documento escrito, presentó un discurso más de consenso, mediatizado por una unidad temporal distinta, la entrevista permitió una aproximación de primera mano, por lo cual se estableció una dialéctica entre estos dos tipos de construcciones, por un lado, el discurso oral y por otro, la elaboración conceptual escrita. Este procedimiento de articulación presentó un desafío para el trabajo, pero necesario para la fiabilidad y profundidad de los contenidos analizados.

Para las fuentes de información secundarias se seleccionaron ocho documentos que fueron producidos entre junio de 2010 a mayo de 2012, de divulgación pública, que abordaban una definición conceptual sobre el problema del cuidado y la base argumental para la selección de la población destinataria del futuro sistema. Los documentos fueron producidos para cumplir con el primer plazo establecido en el marco de la agenda de gobierno y pautado en la Resolución 863/010. Si bien el proceso de negociación y discusión política continuó hasta diciembre de 2014, esta primera etapa ubicó los ejes centrales de comprensión en torno al problema y su posible respuesta. Cabe aclarar que la mayoría de los documentos no fueron publicados de manera formal, sino como apuntes de divulgación para la discusión.

Documentos seleccionados:

- P1:DOC1: Falkin, L.; Papadópulos, J. (2011). Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación a servicios de población. Fondo de Población de Naciones Unidas. Mides. Montevideo.
- P2:DOC2: Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2010). Documento de lineamientos, aportes conceptuales y plan de trabajo para el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Documento de Trabajo. Material inédito.
- P3:DOC3: Mides (2012). Sistema de Cuidados. Estrategia a corto plazo. Análisis de costos y población prioritaria. Material inédito.
- P4:DOC4: Bagnato, M.; Da Cunha, H.; Falero, B. (2011) Documento Base. Esquema de documentos por población. Discapacidad. Fondo de Población de Naciones Unidas. Mides. Montevideo.

- P5:DOC5: Rico, M. (2011). (comp). El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. División de Desarrollo Social. Naciones Unidas. Santiago de Chile. ISSN: 1680-9033. Parte 1.
- P6:DOC5: Rico, M. (2011). (comp). El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. División de Desarrollo Social. Naciones Unidas. Santiago de Chile. ISSN: 1680-9033. Parte 2
- P7:DOC6: Aguirre, R. (2011). Personas ocupadas en el sector cuidados. Consultoría apoyada por ONU Mujeres y OIT en el marco de los apoyos del Grupo Interagencial de Cuidados del Sistema de Naciones Unidas. Primera y segunda parte. Material inédito.
- P8:DOC7: Etchebehere, G. (2011). Documento Base. Esquema de documentos por población. Infancia. Fondo de Población de Naciones Unidas. Mides. Montevideo.

La entrevista en profundidad

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio de caso sobre un tema complejo, contemporáneo y poco explorado. Debido a ello, la realización de entrevistas a actores sociales partícipes del proceso, así como la utilización de informantes clave, ha sido esencial para lograr concretar los objetivos buscados: *“En la entrevista, el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, perspectivas e interpretaciones, en modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo”* (Ruiz y Ispizua, 1989: pp.126).

La utilización de entrevistas cumple una finalidad central para este trabajo, ya que es importante la generación de relatos por parte de aquellos actores relevantes para poder comprender la magnitud de dicho proceso. La entrevista a su vez, fue de tipo focalizada, la cual se define como:

Las que están centradas en los efectos de la experiencia sobre un fenómeno que tiene el entrevistado. El objetivo de la entrevista ha sido fijado de antemano e incluso se han planteado un conjunto de hipótesis relacionadas con el fenómeno de estudio, diseñándose una guía de entrevista en base a esas hipótesis” (Mella; 2003; p.149).

La base de la aplicación de entrevistas focalizadas reside en obtener perspectivas a partir de ciertas categorías analíticas ya definidas a partir de los objetivos de la investigación.

Las entrevistas fueron realizadas a nueve informantes calificados, los cuales trabajaron de primera mano en la elaboración de los documentos. Todas las entrevistas se conservan en audio y a su vez fueron transcritas íntegramente respetando su literalidad. Las entrevistas contaron con consentimiento informado de los participantes, como establecen las normas éticas vigentes en la Facultad de Psicología.

Las entrevistas fueron en profundidad y focalizadas, pautadas a partir de un recorrido por los tópicos en relación a los objetivos de la investigación. Se buscó conocer de forma directa la opinión y visión de los distintos actores que participaron estratégicamente en la primera etapa del proceso. El contacto con los entrevistados se hizo mediante solicitud formal y escrita al Grupo de Trabajo, priorizando el perfil de aquellos integrantes que representaron a los organismos que condujeron el proceso de trabajo: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Educación y Cultura. También se entrevistó a tres expertos que participaron directamente en la elaboración de insumos para la discusión, así como a dos representantes de organizaciones sociales que formaron parte del proceso en todo momento, cumpliendo el rol de veedores públicos y aportaron con insumos para el acuerdo conceptual.

Tratamiento de la información

La codificación de la información se llevó a cabo con el desarrollo de las dimensiones analíticas de acuerdo a los objetivos específicos planteados, para lo cual se hizo una lista de todos los temas y conceptos identificados durante la revisión teórico-conceptual.

Tanto los documentos escritos, como las entrevistas fueron organizadas en el software de procesamiento de datos cualitativo Atlas-ti. La utilización de este programa computacional permitió agilizar el proceso de análisis, así como facilitar el manejo de datos para un proceso de análisis de contenido categorial. Para esto se establecieron unidades de análisis, según lo establecido por Krippendorff (1980), donde se requiere

un marco de referencia conceptual que abarque el principio de la *“investigación interpretativa”*, el cual consiste en comprender que la unidad de análisis permite conocer la perspectiva, las categorizaciones, generalizaciones o debates con que se relacionan los actores involucrados y configuran su racionalidad ante el tema.

Para el tratamiento de los datos se tomaron todos los recaudos para mantener bajo las normas de confidencialidad los datos que puedan identificar a los participantes. A cada entrevistado se le asignó una etiqueta de acuerdo a los criterios planteados en el estudio y que cumpliera con el objetivo de organizar e identificar el material a la interna del sistema de datos.

Las etiquetas se conformaron de la siguiente manera:

- Las primeras tres letras están relacionadas al nombre del estudio: PPC (Políticas Públicas de Cuidado).
- Las siguientes letras identifican la procedencia de la persona entrevistada: OSC (organización de la sociedad civil), EXP (consultor contratado), OP (organismo público).
- Al final se asigna un número que surge de la cantidad de entrevistas según los tipos de entrevistados: PPCEXP1; PPCOP1; PPCOSC1

El análisis de la información ha sido de carácter interpretativo a partir de la codificación y categorización de las unidades básicas de significado. Con la ayuda del programa Atlas-ti, se fueron codificando las entrevistas a medida que se iban transcribiendo y volviendo a re-codificar de acuerdo a los nuevos significados surgidos de las nuevas entrevistas. La pauta de entrevista se compuso de grandes tópicos con un guion y preguntas orientadoras que permitieran el desarrollo de la entrevista pero en ningún caso se trató de preguntas cerradas. El procedimiento de trabajo se ha desarrollado en tres niveles (Vallés, M. 2003):

- Introducción de los datos textuales en el programa para dar inicio a su reducción, que conlleva dos procedimientos básicos: la categorización y la codificación. Se trató de una operación de identificación de las unidades de significado más globales etiquetándolas con un código. Para ello, se utilizó un sistema de codificación abierta que segmenta la información en unidades coherentes de significado y crea una primera matriz básica de conceptos.
- En un segundo momento se realizó la interpretación textual a partir de la identificación de las unidades de significado identificadas en la primera etapa y las

unidades de significado más generales y asociadas a los elementos de contexto. Se utilizó un sistema de codificación axial, pasando a un nivel cada vez más abstracto en los códigos seleccionados, y estableciendo redes y relaciones entre las diferentes categorías. Con ello se conceptualiza y se ordena la información a través de conceptos de mayor nivel de abstracción y generalidad que son las categorías. Las categorías se han entendido como el concepto general bajo el cual se clasificaron un cierto número de unidades de análisis.

- En un tercer momento los datos se identificaron y organizaron en una estructura donde se integraron los elementos significativos.

En la producción de los documentos escritos, se encontró un proceso de discusión teórica a partir de la forma de comprender el problema y construir las prioridades, que permitió inferir significados. Las entrevistas permitieron articular puntos de tensión, conflicto y acuerdo con los elementos presentados en los documentos. La complementariedad entre las fuentes de producción escrita con las entrevistas, tuvo que ver por el carácter secundario de las primeras, que permitía un contacto con los hechos pero mediado por una base argumental consensuada y corregida. Por este aspecto la elección de entrevistas en una segunda etapa del trabajo de campo, permitió aportar a la pertinencia, exhaustividad y representatividad de la información.

Los materiales escritos fueron seleccionados dando cumplimiento con los criterios de:

- divulgación pública.
- legitimación por parte del Grupo de Trabajo como fuente para la discusión.
- período temporal de producción de 2010 a 2012.

Los informantes calificados que se entrevistaron fueron seleccionados siguiendo los criterios de:

- representación oficial de un organismo participante,
- haber participado directamente del proceso de definición,
- haber trabajado en la autoría de los documentos de trabajo,
- haber sido legitimado por el proceso de trabajo como referente en el tema, esto quiere decir ser designado para hablar en espacios de discusión pública, dialogar con la prensa, presentar la discusión del sistema en actividades académicas o políticas.

Trabajar a partir de la técnica de análisis de contenido permitió organizar el material en un sistema categorial, dividido en distintos segmentos para facilitar la interpretación en su contenido textual, pero también en un sentido más latente. El análisis de contenido es como lo define Klaus Krippendorff (1980): “(...) una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (pp.28).

Siguiendo estos principios, se buscó un proceso de trabajo que permitiera inferir significados que trascendieran la manifestación directa, lo cual sólo es posible a partir de las condiciones donde se producen los enunciados y sus objetivos. Se trabajaron dos tipos de datos, los manifiestos, lo dicho textual, y los latentes, lo que el texto escrito de los documentos u oral de las entrevistas, presentaban sin pretenderlo y que cobraron sentido sólo a partir de un contexto más amplio. El procedimiento de construcción del sistema de categorías siguió el siguiente proceso:

- se construyó la Unidad Hermenéutica en el programa Atlas-Ti,
- se establecieron las reglas de codificación, de acuerdo a la generalidad o particularidad de la estructura de códigos,
- se armó un sistema de categorías, estableciendo tres grupos de categorías en base a los objetivos de investigación,
- se fragmentó el texto en segmentos con significación y se definieron los códigos asociados de acuerdo al contenido textual y latente del texto,
- se buscó comprobar la fiabilidad de la codificación, realizando un primer proceso de categorización de los documentos, verificar su organización interna, y pasar a una segunda etapa afinando la coherencia interna de los mismos,
- se realizó un proceso de revisión y re-categorización de los fragmentos de texto.

A continuación se presentan las categorías utilizadas y se hace una clasificación de las unidades de análisis identificadas para cada una de ellas.

Sistema de construcción de significados	
Categorías	Unidades de análisis
Categorías subjetivas	a. Definición de cuidados. b. Definición de dependencia. c. Categorías subjetivas. d. Elementos de priorización de la población para el ingreso al sistema de cuidados.

Definición de una política de cuidados	a. Definición de un Modelo en relación a la política. b. Para la definición de un Modelo de política pública en cuidados. c. Objetivos de la política. d. Aportes esperables de una política de cuidados. e. Desafíos que implica una política de cuidados. f. Obstáculos para la puesta en funcionamiento de un sistema de cuidados. g. Valoraciones respecto al proceso de trabajo.
--	---

Resultados

A partir del análisis de los diferentes discursos, he pretendido comprender el proceso para la definición de una política de cuidados en Uruguay. En este sentido, trabajé ciertos tópicos que me permitieron analizar el discurso de los actores a partir de los documentos escritos, como el expresado en las entrevistas.

Los materiales escritos se encuentran identificados con la etiqueta P(nº)DOC(nº) y las citas de entrevistas con la etiqueta PPC al que se le suma la especificación de su rol en el proceso, aspecto ya señalado en el capítulo correspondiente a la presentación de la metodología de trabajo.

La presentación de los resultados sigue un orden de dos dimensiones, cada una desglosada en distintos puntos para facilitar su análisis y que se corresponden con la fundamentación teórica desarrollada.

Cuerpos que importan: Características subjetivas planteadas en relación a la población seleccionada para una política de cuidados.

- Definición de cuidados.
- Definición de dependencia.
- Categorías subjetivas.
- Elementos de priorización de la población para el ingreso al sistema de cuidados.

Una política de cuidados: Sistema de cuidados como política pública.

- Definición de un Modelo en relación a la política.
- Para la definición de un Modelo de política pública en cuidados.
- Objetivos de la política.
- Aportes esperables de una política de cuidados.
- Desafíos que implica una política de cuidados.
- Obstáculos para la puesta en funcionamiento de un sistema de cuidados.
- Valoraciones respecto al proceso de trabajo.

Cuerpos que importan: Características subjetivas planteadas en relación a la población seleccionada para una política de cuidados.

Definición de cuidados

Un punto relevante que hace a la definición de un sistema de cuidados, tiene que ver con establecer la materia sobre la cual intervendrá la política. En este sentido analizar cómo se entiende el cuidado y desde donde se interpretan los contenidos de definición del mismo como problema público, es imprescindible para la comprensión y análisis de la política.

En los contenidos que se expresan a continuación se puede percibir como el cuidado surge como una materia en disputa entre el sector salud y el ámbito social. Se plantea dificultoso el proceso para llegar a comprender los cuidados como un área vinculada pero no exclusiva del ámbito sanitario. Esta definición es clave para establecer acuerdos que hacen al *Modelo* de la política. Depende como se interpreta el marco de acción y los elementos que intervienen, para comprender el modelo de gestión, los marcos regulatorios y las prestaciones de servicios que se pondrán en práctica.

Definir a qué sector pertenecen los cuidados es fundamental para definir: las prácticas de cuidado, quiénes cuidarán, quiénes recibirán cuidados y como se ajustarán los criterios de ingreso al Sistema. La utilización de la metáfora “*Sacarle la túnica al cuidado*”, expresa el esfuerzo por incorporar una visión que trascienda elementos únicamente orgánicos desde el espacio de intervención exclusivo del ámbito sanitario.

En cierto sentido esta des-territorialización del espacio sanitario, busca ampliar las posibilidades de intervención y respuesta a la dependencia desde una perspectiva más integral, donde los componentes sociales se identifican como una parte relevante. Por otro lado, es una posibilidad para visibilizar y ubicar en el ámbito del cuidado el trabajo remunerado y no remunerado que realizan las mujeres. Este es un aspecto clave para el reconocimiento de los derechos de las personas que cuidan, así como para contribuir a la visibilidad y valoración de las tareas del cuidado doméstico.

PPCOP4. El primer año estuvimos un año haciendo entender al propio ministerio y a los profesionales que tienen que ver con el ministerio que el sistema de cuidados no tenía que ver solo con la salud sino que era un sistema de cuidados a la dependencia. Eso significaba que el cuidador o cuidadora iba a tener que estar muy relacionado con el sistema de salud, pero había que sacarle la túnica al

cuidado. (...) fue como un año que nos costó porque las primeras personas que venían, eran las enfermeras porque creían que el cuidado les pertenece, que no es otra cosa que cuidar la salud como que las personas son salud y no son personas que les pasa muchas cosas.

PPCEXP2: no es cuidados por ejemplo todo lo que tiene que ver con la esfera de la salud y la educación, por más que es verdad que si el Sistema de Salud, es un sistema que te cubre más integralmente tus necesidades entonces tenés menos necesidad de un cuidador cuando estás internado, o de alguien que esté en la casa cuidándote.

PPCOP2: hay que sacarle la túnica a los cuidados

PPCOP3: Cuando nosotros hablamos de cuidados, estamos hablando de la sustitución, digamos, no la sustitución, pero hoy es la tarea que realizan las familias, por tanto no puede tener un grado de complejidad tal que vos ya estés pasando la frontera de lo que por ejemplo hoy es un servicio de salud, es decir un cuidador no da una inyección, eso lo tiene que hacer el sistema de salud. El cuidador es básicamente un aporte de tiempo, como apoyo para esa tarea de la vida diaria que te mencionaba antes,

PPCEXP1: el asistente personal no es un multiprofesional, enfermero, fisioterapeuta, psico-motricista, no es nada de eso si no que cumple una función que tiene que tener claro que no es quien va a tomar las decisiones por esa persona

En los contenidos citados a continuación surgen elementos que son clave en la comprensión del cuidado como materia de intervención estatal. Se expresa el cuidado como un derecho sobre el cual se establece una clara competencia del Estado, así como una dimensión que debe ser entendida como un problema público y no ya como un tema del ámbito familiar y doméstico. Se especifica también la vinculación con el concepto de autonomía y como el objetivo de los cuidados es propiciar y mejorar la autonomía y no sólo asistir en la dependencia. También se establece la dimensión vincular implicada en el cuidado, donde se identifica el bienestar de quienes cuidan.

P6:DOC5B: el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la colectividad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado.

PPCOP3: las políticas empiezan a construir a partir de la definición de un problema (...), porque era de alguna manera privado, familiar, familiarizado y feminizado y no se entendía como un problema público, sino como un problema de la familia, del ámbito de lo doméstico y lo privado

PPCOP4- Cuidado es una actividad que apunta a generar la autonomía de las personas, el crecimiento, el desarrollo integral según la etapa de la vida. Ese cuidado a veces es difícil de definir porque ha sido histórica y culturalmente asignado a las mujeres y como parte de la vida, no ha aparecido como un trabajo específico que es un trabajo enriquecedor para el que es cuidado y para el que cuida.

Definición de dependencia

La dependencia se define asociada y combinada a la autonomía. Se identifica la autonomía como un aspecto clave a tener en cuenta discriminándola de la situación de dependencia, una persona puede presentar dependencia, pero debe serle reconocida y respetada su capacidad de tomar decisiones.

PPCEXP1: (...) la dependencia no es lo contrario a la autonomía, una persona altamente dependiente... de otra, pero puede tener autonomía, es decir, puede ser que necesite yo... que me den de comer en la boca, pero yo tengo autonomía para decidir que como y cuando como, y con quién como.

Se coloca el cuidado asociado a la dependencia, la cual se define como la acción de depender de otra persona, donde el énfasis está en la acción de depender.

PPCEXP1: Bueno en realidad hay toda una definición política y conceptual que tiene que ver con la necesidad de identificar cuáles son aquellas personas que están en situación de ser cuidadas, o sea que requieren de otro para desempeñarse en la vida cotidianamente. En el tema del cuidado la palabra clave, o en el sistema ¿no?, es la dependencia, depender de otro.

Se plantea la necesidad de generar un instrumento que pueda combinar la evaluación de la situación de dependencia con la condición socio-económica. Se especifica una diferenciación entre la dependencia funcional, la situación económica y los recursos sociales y familiares disponibles. Si la persona tiene dependencia, pero tiene quien lo cuide o posibilidades de comprar servicios de atención en el mercado, sería cuestionable su ingreso como población prioritaria en una política de cuidados. O al menos no se comprendería como una persona con una desprotección de derechos en relación al cuidado.

P1:DOC1: En un país con recursos escasos habrá que avanzar hacia la construcción de un instrumento de medición de la dependencia/vulnerabilidad que incorpore los aspectos funcionales pero también los económicos y sociales. Es decir se puede ser gran dependiente funcionalmente pero no se es dependiente desde el punto de vista de los recursos disponibles para reducir o mitigar la dependencia y aumentar la autonomía mediante la compra de servicios o su provisión por redes sociales o familiares.

Los cuidados se identifican como un nuevo sector que debe articular lo social y lo sanitario. Se comprende la dependencia como consecuencia de una falta de respuesta adecuada del sector salud. Y si bien, los cuidados son intervenciones sociales, es

probable que las personas con dependencia debido a las dificultades que presentan, requieran abordajes sanitarios. Se pone el énfasis también en una política de cuidados que pueda tener en cuenta acciones que respondan a distintas demandas. Esto refiere a la aplicación de un modelo progresivo de cuidados, que responda en distintos niveles de dependencia y que pueda articular con el sector salud desde diferentes aspectos y con distinta frecuencia.

P1:DOC1: La construcción de una política de Cuidados debe avanzar hacia la definición de un sector de cuidados sociosanitarios. En primer lugar porque muchas de las situaciones de discapacidad y de dependencia tienen su origen en afecciones de la salud que no fueron debidamente atendidas y/o prevenidas. Por ese motivo en una visión sistémica retrasar la aparición y/o profundización de afecciones crónicas y degenerativas que pueden dar lugar a discapacidad y posteriormente a dependencia deben ser una de las tareas de un sistema de esta naturaleza. En segundo lugar porque sin bien los cuidados hacia las personas en situación de dependencia demandan calificaciones esencialmente de tipo social, los niveles de vulnerabilidad física y psíquica de los adultos mayores puede requerir de intervenciones sanitarias en distintos momentos de la vida de la persona dependiente. Esta visión sistémica requiere una arquitectura que tenga en cuenta los diferentes grados de dependencia de las personas los cuales son valoradas con distintas escalas según el sistema que se analice en el mundo.

Características subjetivas planteadas en relación a la población seleccionada para una política de cuidados

Se reconocen aspectos diferentes vinculados a la situación de dependencia, sea que la misma esté asociada a una discapacidad o a un estado de fragilidad y vulnerabilidad. No queda explicitado cual es la naturaleza de esa diferencia y es contradictoria con el planteo de una valoración de la dependencia centrada en aspectos estrictamente funcionales. Ya que este tipo de valoraciones no permitirán diferenciar estos matices.

Se establecen criterios vinculados al cuidado delimitados a partir de la edad de las personas y no sólo por su situación de dependencia. El planteo de un correlato en donde a menor edad más se requiere poner el fundamento en la autonomía, y donde se especifica que la persona joven no requiere ser cuidado, sino recibir asistencia para ser más autónomo. En contrapartida a esto, se ubica a las personas mayores ante lo prioritario de ser cuidada, antes que el respeto por su autonomía. Se entiende que la doble dimensión dependencia/autonomía presenta un interjuego, donde la relevancia de una por sobre otra depende de la edad de la persona. Por lo tanto mientras que en la juventud el polo autonomía será más importante, en la vejez lo será el correlato

dependencia.

P1:DOC1: Existen distintos componentes vinculados a la dependencia, pudiendo estar asociados a una situación de discapacidad o a problemas de fragilidad y vulnerabilidad. Estos implican dos tipos distintos diferentes de limitaciones asociados a su vez con tipos distintos de cuidados:

PPCEXP1: en el tema de la discapacidad yo creo que el concepto de cuidado es diferente si se trata de una persona adulta mayor con discapacidad, de un niño con discapacidad, o un adulto joven, que en realidad no es que lo cuiden sino es que, le brinden asistencia para tener mayor autonomía en sus actividades de la vida diaria.

Se establecen específicamente diferencias en el cuidado a partir de la edad de las personas, se entiende como una tarea con más sobrecarga y que comprende un mayor desgaste el cuidado de personas mayores y personas con discapacidad, a diferencia del cuidado de niños.

El horizonte de autonomía se identifica como el aspecto clave, mientras que los niños van en una curva ascendente hacia la autonomía, las personas mayores se encuentran en el polo opuesto, llegando a una pérdida absoluta de su autonomía personal.

Se identifica el desgaste de quien cuida a partir del nivel de dependencia de la persona que requiere los cuidados, pero donde la edad aparece como un factor de alta implicación. Mientras que el cuidado en la infancia se relaciona con aspectos más integrales como los educativos y los vinculares. El cuidado en personas adultas parece ir quedando despojado de estas variables e interpretarse como atención directa a sostener una respuesta ante la dependencia.

PPCOP4- no es lo mismo cuidar un niño pequeño recién nacido y eso está asignado fundamentalmente a la madre y bueno lo que puede acompañar el padre. De todas maneras el cuidado de los niños tiene una tarea educativa importante, vincular súper importante y que está siendo tomada por la familia o el grupo familiar donde ese niño o esa niña esta. De todas maneras los niños y las niñas a ser cuidados van llegando y se van teniendo cada vez mayor autonomía y llegando a un estado de autonomía casi total. Llegada la adultez las personas transcurren mucho tiempo cuidando, la adultez se caracteriza por el tiempo de cuidar también. (...) hasta que genere una etapa de caída de la autonomía que sería lo que viven los adultos mayores que necesitan algo de cuidado, o mucho cuidado según la situación de salud o enfermedad en la que vivan. Después esta todo el otro tema que es el de la discapacidad las personas con discapacidad, porque nacen con discapacidad o porque la adquieren o porque la van presentando por su enfermedades crónicas, por la adultez o por la adultez mayor

necesitan otro tipo de cuidados. Ese otro de cuidados tiene que ver con una dependencia mucho mayor entiendo yo. Y más deteriorante para las personas que cuidan (...) más desgastante para la persona que cuida.

Queda explicitado como el cuidado de personas con determinados procesos de dependencia y edad es dificultoso y hasta puede ser desagradable. Se establece una clara diferencia en el cuidado de adultos del cuidado infantil, donde en este último la acción puede ser disfrutable y compartible, en contraposición al cuidado a personas mayores que se presenta como agotador, costoso y desgastante.

PPCEXP2: yo creo que como eso que la política tenga claro que lo que tiene que hacer es promover la corresponsabilidad y que los hombres también quieren, porque a veces dicen no lo que pasa es que a los hombres no les interesa, no, a los hombres también les puede interesar cuidar. Es verdad que tal vez si no es muy agradable cuidar a un enfermo de Alzheimer a nadie le gusta, pero este...pero por lo menos tienen que entender lo que implica, el costo que eso tiene y que... y que bueno y que en caso de los niños chicos es lo mejor que podés hacer, compartir con la pareja.

Las personas mayores son entendidas como un grupo vulnerable asociado a razones que en sí mismas no deberían implicar una vulnerabilidad. Una persona que vive sola, requiere cuidados y nos lo recibe estaría en una situación de vulnerabilidad, pero la condición de vivir solo no generaría en sí misma esa vulnerabilidad. Muchas investigaciones que exploran la situación de las personas mayores y sus arreglos residenciales (Rossel y Rodriguez, 2010) plantean que se requiere un nivel importante de autonomía económica y funcional para poder vivir solo. Hay entonces variados elementos asociados a la vejez que se interpretan como aspectos de vulnerabilidad, los cuales en sí mismo no deberían ser una condición ineludible.

P1:DOC1: El grupo de adultos mayores que viven solos por ser la población que puede ser considerada de mayor vulnerabilidad. (...) la población adulta mayor que vive sola es una población fundamentalmente femenina, y la presencia de la situación de soledad aumenta a medida que aumenta la edad de las personas de este grupo.

Se entiende la categoría de cuidado como un gasto o inversión dependiendo la edad de la persona que requiere cuidados. Nuevamente en la vejez se determinan conceptos negativos referidos al cuidado, y donde promover la autonomía está asociada a la idea de reducir costos vinculados a la tarea de cuidar.

PPCOP2: Y la población envejecida hoy, es una población envejecida y lo que hay que lograr es tratar de cuidarlos menos, de un envejecimiento más activo para que haya menos gasto, no?

PPCOP2: La población envejecida, es todo un tema, el tema de cuidar esa... lograr la independencia de las personas, lograr el máximo de independencia. O sea, no tratar de ponerle una persona al lado para que la cuide, tratar de que esa persona sea independiente, lo máximo que se pueda.

P8:DOC7: Varios autores han demostrado que desarrollar políticas hacia la primera infancia es una inversión con muy alto rendimiento. Heckman, premio Nobel de economía (2007), demostró en su trabajo, que la inversión en las primeras etapas de la vida, tienen una muy alta tasa de retorno.

Se menciona una comprensión de la política de cuidados como reparatoria que actuaría cuando otras políticas han fallado. Se diferencia claramente una concepción de políticas de cuidado en infancia, de las acciones dirigidas a otros colectivos en situación de dependencia. Mientras que en infancia se destaca la importancia que sea para todos, en la vejez o en la discapacidad, la idea es reducir el ingreso a una política de cuidados, ya que lo ideal sería intervenir previamente, pero donde la acción de prevención parece pensarse por fuera de una política de cuidados.

PPCOP3: el Sistema de Cuidados no está pensado para que todo el mundo termine en un sistema de cuidados. Sino más bien... en el caso de primera infancia sí, pero en el caso de personas mayores y personas con discapacidad, en realidad tiene que ser el último recurso después de haber intentado que esa persona no caiga en una situación de dependencia.

Se reconoce el lugar de las personas que cuidan y que debe ser un eje de trabajo para el Sistema de cuidados. Sin embargo queda planteado en el discurso, una división entre quienes requieren cuidados y serían sujetos de derecho, y por otro lado quienes brindan cuidados y sobre quienes hay elementos vinculados a la división sexual del trabajo pero sin pronunciarse elementos de intervención referidos a esto.

PPCOP1: En realidad tiene varias dimensiones esto, ¿no? porque se genera como dos ejes grandes de trabajo, por un lado es la atención de estas personas dependientes o sea, lo que requieren esas personas como sujetos de derecho, ¿no?... que necesitan esos cuidados y por el otro lado tenemos a las personas que hasta hoy brindan los cuidados. Ahí es que se mezcla una perspectiva de género muy fuerte.

Claramente en este discurso, avalado por posturas institucionales, aparece una lectura de la incidencia que la división sexual del trabajo presenta para disponer los roles de hombres y mujeres en el espacio del trabajo remunerado y trabajo no remunerado. Se

plantea como estrategia intervenir desde el mundo del trabajo remunerado, a partir de cambios conceptuales y normativos para impactar en transformaciones en el mundo del trabajo no remunerado.

P6:DOC5b: en OIT y PNUD (2009) y CEPAL, AECID y UNIFEM (2010) se plantea como una medida sustancial y prioritaria la necesidad de dismantelar la norma del trabajador ideal (hombre sin responsabilidades domésticas en su familia y mujer como fuerza de trabajo secundaria), para ello es necesario promover modelos alternativos de maternidad, paternidad y masculinidad. Se propone reconstruir el concepto de trabajo en sentido amplio, revalorizar los trabajos socialmente útiles y recrear nuevas maneras de organización del trabajo y del tiempo social de este.

Se identifica que los costos del cuidado han recaído sobre las mujeres, lo cual ha generado una situación de desigualdad que el Sistema de Cuidados debe tener en cuenta. Las dimensiones que se identifican como posibles de intervenir en esta distribución sexual del trabajo ante el cuidado, son las políticas que propicien la liberación de tiempo. El énfasis no está puesto en la prestación de servicios de cuidado, sino en generar políticas que permitan que los padres puedan cuidar. Se ubica a la familia como el centro de la política, y una política pública intervendría en la distribución del trabajo del cuidado a la interna de las familias.

P6:DOC5b: Como este cuidado lo han brindado las mujeres en forma no remunerada, el costo de no brindar prestaciones o servicios de cuidado lo han asumido ellas, lo que produce desigualdades económicas, sociales y políticas. Por ello, la definición del sistema debe pensarse teniendo en cuenta siempre quién asume los costos de la ausencia de los servicios o prestaciones para el cuidado.

PPCOP3: Así que de alguna manera en esa discusión, si decimos, bueno, para los niños más chicos primero tiempo para los padres para cuidarlos y después centros de cuidados cuando ya de alguna manera pueden no estar hora a hora con los padres sino tener una mínima autonomía.

P7:DOC6: En suma, se requiere por un lado, considerar que la unidad es la familia, atendiendo los criterios de corresponsabilidad en el cuidado que involucren a adultos varones y mujeres.

Se identifican tres sujetos de la política: el niño, la familia y la mujer que cuida. Se entiende que el Sistema debe propiciar estrategias de intervención que no pongan en tensión los derechos de unos sobre los derechos de los otros. Pero se entiende que esto debe respetar una diversidad de arreglos familiares en torno al cuidado, por lo cual la prestación de servicios e implementación de políticas debería poder presentar una variedad de opciones que permitan tener en cuenta las distintas posibilidades de los sujetos involucrados.

Se destaca la importancia que las respuestas sean articuladas entre sí, y que las familias y las mujeres puedan optar y tomar decisiones a partir de tener distintas opciones de servicios. La calidad de la oferta de cuidados se presenta como un aspecto relevante.

P6:DOC5B: para el Uruguay: "dada la diversidad de estrategias de cuidado que adoptan los hogares, que el diseño de un modelo único de oferta de servicios o política pública sería una solución inadecuada e ineficaz y proponen que se diseñe una política que proporcione a los hogares los recursos necesarios para recuperar la posibilidad de decidir e incidir sobre su estrategia de cuidados"

P8:DOC7: Las propuestas a discutir en el proceso de debate contemplan la diversidad de familias, con múltiples necesidades, estilos de crianza, de modo de promover un sistema de respuestas múltiples que considere todos los posibles arreglos, necesidades y preferencias familiares. Habilitando a través del sistema la posibilidad de utilizar una o más de una estrategia para el cuidado: servicios institucionales, subvención, licencias parentales, cuidados en el hogar

Elementos de priorización de la población para el ingreso al sistema de cuidados

Se establece como necesario avanzar hacia criterios precisos de ingreso a un Sistema de Cuidados. En este punto se entiende importante la creación de un instrumento que contemple una serie de características que puedan dar cuenta de la demanda de cuidados de la persona con dependencia, pero también puedan incluir a la familia y quien realiza la tarea de cuidado. Se valora como importante poder tener en cuenta la dimensión vincular. Establecer un criterio que permita resolver quienes ingresan a una política de cuidados aparece como imprescindible, pero también implicando un enorme esfuerzo técnico.

P7:DOC6: Pero aún resta definir en cada caso cuáles son los colectivos prioritarios en cada una de estas poblaciones, atendiendo especialmente aquellos/as que se ven afectados por el déficit de cuidados. Atendiendo el déficit de cuidado que afecta la vida de las personas dependientes y de las que personas que cuidan.

P7:DOC6: La construcción de un instrumento, o una serie de instrumentos de priorización, que consideren un conjunto amplio de variables que influyen tanto en las necesidades de cuidados como en las posibilidades de las familias de proveer cuidado de buena calidad (...) Sin embargo, implica por un lado un importante esfuerzo técnico en la identificación de ese o esos instrumentos, y por otro lado altos costos administrativos posteriores asociados a su aplicación.

Se comprende que una política de cuidados no debe excluir a los sectores de ingresos medios, ya que resolver los cuidados a la interna de un núcleo familiar se comprende

como una variable difícil y de alto costo. Hay una serie de otros costos asociados a la educación y crianza de los hijos que no tienen que ver con el cuidado y que las familias también deben asumir esos aspectos.

Se diferencia el costo de cuidados en sectores de ingresos medios, donde se considera el mismo como una inversión, a diferencia de la población de menores ingresos, donde se lo define como un gasto. Se plantea que la población en situación de pobreza tiene una dependencia del Estado en distintas áreas del bienestar social, no exclusivamente en el cuidado. Entonces se debería priorizar a los sectores medios que se ocupan del resto de costos asociados al bienestar social.

PPCOP4: Que no puede ser solamente si bien son prioritarios los sectores más pobres, no pueden ser el único foco. Sino que son un foco importante porque todo el Uruguay está llamado a ser solidario con ese grupo está en peores condiciones por determinadas causas que lo llevaron a ese lugar, pero no hay que olvidarse de la clase media que es la fuerza del trabajo y de movilización de esta sociedad nuestra y de siempre. Me parece que no hay que dejarlo de ninguna manera atrás. (...) Cuando la clase media tiene hijos es en un momento de apoyo y después esa propia pareja o ese propio núcleo familiar se encarga del resto, se encarga de la educación, se encarga de que la salud, se encarga de que estudie lo que le gusta, de la música, de la salida al teatro todo. O sea que se gasta una vez y esa única vez que se gasta pasa a ser una inversión para el estado. Mientras que en los sectores más empobrecidos se gasta al principio y se sigue gastando porque en realidad -te estoy diciendo el punto de vista económico- que es de derechos humanos sin duda no? Pero es un proceso que comienza y ojala termine pero en general dura muchos años, en relación a la vivienda en relación a todo que la clase media va buscando formas de ser cada vez más independiente del apoyo del estado. Entonces es apenas una propina para la clase media.

Se entiende que el Sistema no podrá ser financiable en caso de cubrir a toda la población con demanda de cuidados, por lo cual se requieren mecanismos que puedan establecer criterios claros de priorización. Si bien se establece que una política pública de cuidados debe orientarse a los sectores que más lo necesitan, no se logra definir claramente quiénes serían esos sectores de población.

P6:DOC5b: El principio de universalidad se aplica a los servicios, prestaciones y beneficios dirigidos a personas que precisan asistencia y a las que prestan cuidados. De todas formas, ello no significa que no se apliquen determinados grados de selectividad, ya que no puede extenderse hasta niveles que no sean financiados. De esta manera, se debería ampliar progresivamente el horizonte de acción de los programas que se implementan, privilegiando las demandas de las personas que requieren asistencia, y en ello tiene un papel activo el Estado como proveedor directo o indirecto de los servicios a quienes más lo necesitan.

Se establece que debería priorizarse los niños entre 0 y 3 años que presentan perfil para ingresar a Plan CAIF y que quedan por fuera de estos cuidados por falta de cobertura. En contraposición a esto se plantea que se debería priorizar a los niños de los sectores de ingresos medios, ya que quedan por fuera de la oferta de servicios públicos de cuidado como el propio Plan CAIF, debido a no cumplir con el perfil requerido el ingreso a la política.

P2:DOC2: Del total de niños y niñas de 0 a 3 años se consideran en primer lugar aquellos que actualmente no asisten a centros de cuidado públicos, principalmente CAIF.

P2:DOC2: Sin embargo, al considerar que los hogares más vulnerables en términos de necesidades de cuidados son los de menores ingresos se desconocen, o posponen, las necesidades de los hogares de ingresos medios (hogares de quintiles 2 y 3). Dichos hogares presentan importantes problemas ya que no acceden a los servicios disponibles (especialmente plan CAIF) dado que éstos se encuentran focalizados en los niños pertenecientes a hogares de menores ingresos, ni cuentan con ingresos suficientes para comprar servicios de calidad en el mercado.

Se entiende que las estrategias de definición de la población infantil que ingresaría al Sistema deberían de resolverse de una forma administrativamente simple, por lo cual el criterio debería ser aprovechar selecciones e identificaciones de personas ya previas de ingreso a otras prestaciones públicas.

P2:DOC2: buscando lograr una estrategia simple en términos administrativos, se propone la selección de los niños y niñas de 0 a 37 meses que no asisten a centros públicos y sean beneficiarios de Asignaciones Familiares (AFAM), ya sean de la modalidad de Plan de Equidad o contributivas.

Se destaca la importancia de diferenciar instrumentos de medición de la dependencia de los existentes para evaluar discapacidad. Se entiende que son situaciones diferentes y que no todas las personas con discapacidad o las personas mayores pueden presentar dependencia. Sin embargo, no se presenta en el discurso una diferenciación de la vejez y la discapacidad, quedando colocadas como un mismo correlato, sin diferenciar que la discapacidad es una condición bajo la cual una persona presenta una deficiencia, y la vejez es una etapa del ciclo vital.

P7:DOC6: En el caso de las personas con discapacidad y personas adultas mayores, el primer paso será la identificación de su grado de dependencia dado que no todas las personas de estas poblaciones son dependientes y entre ellas existen grados diferentes de dependencia. Resulta relevante tener en cuenta que se hace referencia a la identificación y gradación de la dependencia, y no de la

discapacidad; la determinación de la discapacidad se rige por baremos diferentes que la determinación de la dependencia.

Los criterios de priorización dentro del grupo de personas mayores, si bien se destaca la situación de dependencia severa, se le agregan algunos criterios que deberían ser profundizado: como la edad y la composición del hogar. Es importante destacar que dentro del grupo de personas mayores a medida que aumenta la edad, aumenta la prevalencia de tener una situación de dependencia, sin embargo la variable edad en sí misma no puede ser interpretada como sinónimo de dependencia. Puede haber personas viejas menores de 75 años, que estén en una situación de dependencia severa, o que dentro del rango de edad establecido sean autoválidas o incluso que sean quienes se encargan del cuidado de otras personas con dependencia.

La segunda variable mencionada, referida a la composición del hogar presenta también algunas limitaciones. Esta variable por sí sola no podría establecer una situación de déficits de cuidados. Puede suceder que la demanda de cuidados no cubierta obedezca a otras múltiples causas y no por con quién vive la persona mayor.

P2:DOC2: En este caso, se opta por la priorización de las personas mayores de 74 años con dependencia severa para servicios de cuidado en domicilio dado que se consideran las más vulnerables. A la vez, se prioriza a quienes viven en hogares unipersonales, parejas solas y hogares extendidos dado que en ellos se profundiza la presión sobre las redes de apoyo del adulto mayor.

P2:DOC2: Otra fuente de priorización dentro de los Adultos Mayores refiere al lugar de residencia, en particular se consideran de especial interés las personas dependientes severas que viven en Hogares de Larga Estadía (HLE) para Adultos Mayores.

P2:DOC2: La priorización de población objetivo tomará en cuenta condición socioeconómica y nivel de dependencia, siguiendo los siguientes criterios. Se estima que el 50% de los adultos mayores entre 70 y 79 años presentan dependencia, de los cuales el 20% serían casos de dependencia severa (...) Se estima que el 50% de los mayores de 80 años presentan dependencia severa.

El criterio de priorización que se plantea para el ingreso al sistema de las personas con discapacidad, es tener en cuenta a las personas que son beneficiarias de una transferencia económica por discapacidad severa. Sin embargo, en múltiples discursos se ha puesto énfasis en diferenciar y separar la condición de discapacidad de la situación de dependencia, en el entendido que no son lo mismo, y que si bien puede presentarse la condición de discapacidad la persona puede ser autoválida. Se ha señalado también que los instrumentos de medición de la discapacidad, no son útiles para la medición de la dependencia, por lo cual definir el ingreso a una política de

atención a la dependencia ubicando un criterio previo en la medición de la discapacidad, parece presentar limitaciones y algunas incongruencias conceptuales.

P2:DOC2: Las primeras estrategias del Sistema de Cuidados tenderán a dar cumplimiento de esta norma priorizando personas con discapacidad que presenten dependencia severa. De forma de avanzar en la priorización de esta población, se opta por contar con algún dispositivo ya disponible en el que apoyar la identificación de los beneficiarios. Así, se propone utilizar las pensiones de discapacidad otorgadas por BPS, seleccionando las de discapacidad severa que se otorgan a quienes superan el 80% de discapacidad según el baremo del BPS.

Una política de cuidados: Sistema de cuidados como política pública.

Definición de un Modelo en relación a la política.

Se puede identificar en la comprensión de la política de cuidados una dimensión centrada en la dependencia y la vulnerabilidad, que postula una forma de intervención directa sobre algunas actividades orgánicas y fisiológicas, concentrándose en resolver necesidades básicas. Deja de lado aspectos más amplios como los ambientales, que al igual que los primeros son imprescindibles para la sostenibilidad de la vida y la autonomía. Centra su perspectiva en una visión individual de la persona con dependencia, y excluye los elementos vinculares que hacen a la relación de cuidado/cuidador en las prácticas de cuidado.

P7:DOC6: La construcción colectiva de la definición de Sistema de Cuidados implicó la determinación de que se refería exclusivamente al cuidado de la población dependiente, excluyendo explícitamente el cuidado del hogar.

P1:DOC1: Independientemente del sistema adoptado, en todos los casos, siendo los sistemas de atención a la dependencia políticas basadas en la situación individual de las personas, los servicios y transferencias que se otorguen a los beneficiarios deben ser medidos sobre bases objetivas que, por lo menos incluyan una medición de la situación funcional de la persona.

PPCOP2: El hecho de que hayamos acotado las poblaciones, nos ha ayudado mucho porque la verdad es muy fácil desviarse.

PPCOP3: Hay otro colectivo importante pero que en esta etapa no priorizamos que es qué pasa cuando hay una dependencia transitoria por una enfermedad. Y ahí bueno hay que trabajarlo más, sobre todo hasta dónde va el Sistema de Salud y donde empieza el Sistema de Cuidado, esas zonas son como zonas grises.

P1DOC1: Así el gobierno en sus documentos asume como propio el concepto de dependencia español que es el mismo aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa: "la dependencia es "la necesidad de ayuda o asistencia

importante para las actividades de la vida cotidiana” (...) “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado particular”.

P1DOC1: Hay tres condiciones concurrentes que permiten hablar de la configuración de una situación de dependencia: La primera, la existencia de una limitación física o psíquica; la segunda la incapacidad de la persona de realizar por sí mismo las actividades de la vida cotidiana y, la tercera, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

En estas definiciones se pone el énfasis en el eje dependencia por sobre el de autonomía. El componente biológico toma relevancia a partir de la priorización de acciones en el espacio de un organismo biológico-cuerpo que es priorizado, donde las estrategias se centran en actividades como alimentar, vestir, asear, evacuar esfínteres. El cuidador se presenta como una extensión del cuerpo biológico de la persona con dependencia, que a partir de su participación permite operativizar una serie de acciones materiales y fisiológicas para continuar con la vida. No se mencionan conceptos como autonomía, derechos, acción política, autodeterminación, los cuales presentarían una perspectiva más integral respecto a la dependencia.

PPCOP1: Nosotros concebimos el cuidado como... la atención a aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia y que por lo tanto no pueden hacer las actividades de la vida diaria sin la ayuda de una tercera persona. Eso es lo que nosotros entendemos como cuidado... o sea que todas aquellas políticas que apunten a justamente atender la vida diaria de estas personas dependientes, sería una política de cuidados. Ayuda para las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, ir al baño, levantarse de la cama.

P7:DOC6: Por apoyo personal se entiende a una tercera persona (cuidador/a no familiar, o asistente personal), mientras que por apoyo no personal se incluye a todas las ayudas técnicas y tecnológicas, así como los apoyos para la adaptación y accesibilidad de las viviendas.

En el marco del mismo proceso, se acuerda también por una visión más amplia e integral referida a las competencias del cuidado, que aparece por momentos como un segundo discurso con características relevantes. Este discurso está claramente en oposición con el anterior, tanto desde su producción política como desde la comprensión que se hace de la situación de dependencia. La comprensión del cuidado se establece sobre la base de entender la situación de las personas con dependencia en un marco vincular y con elementos más amplios que las necesidades estrictamente orgánicas.

P7:DOC6: En suma, se requiere por un lado, considerar que la unidad es la familia, atendiendo los criterios de corresponsabilidad en el cuidado que involucren a adultos varones y mujeres.

P5:DOC5A: Se denomina sistema de cuidados al conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros, lo que incluye la atención de personas dependientes (niños, discapacitados, ancianos y trabajadores sobreocupados) y los quehaceres domésticos. En cada uno de los países se espera que este sistema se integre al sistema de protección social vigente y sea parte central de este. Los componentes del sistema se clasifican en: prestaciones monetarias, servicios, licencias y políticas de tiempo, dado que se necesita de "tiempo para cuidar, dinero para cuidar y/o servicios de cuidado".

P8:DOC7: Podemos decir, sin pretensión de otorgar una definición exhaustiva, que el cuidado designa a 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, hacerse cargo del cuidado material que implica un "trabajo", del cuidado económico que implica un "costo económico", y del cuidado psicológico que implica un "vínculo afectivo, emotivo, sentimental".

PPCEXP2: los cuidados son todo lo que requiere para sostener la vida, o sea desde que es niño ¿no? para desarrollarse e independientemente, o sea todo aquello que generalmente se da desde los hogares y que no se mira desde la esfera pública.

P3:DOC3: Una persona puede requerir –depende- de apoyos externos para realizar determinadas actividades de la vida diaria, donde esos apoyos pueden ser una tercera persona o una ayuda técnica o tecnológica. A modo de ejemplo, las personas con severas limitaciones en movilidad pueden tener mayor autonomía cuando cuentan con los apoyos necesarios, ayudas técnicas necesarias y medios físicos accesibles por donde circular. Las personas con limitaciones mentales, podrán requerir de estrategias de aprendizaje de habilidades para afrontar distintas situaciones de la vida. Por lo tanto, la autodeterminación debe ser una estrategia y una meta para las personas en situación de dependencia, ya sea proporcionando oportunidades o enseñando las habilidades necesarias para lograrla.

Para la definición de un Modelo de política pública en cuidados

Constituir una política que tenga carácter de Sistema implica objetivos ambiciosos y complejos. El primer elemento que debería constituirse, es determinar un *Modelo de la política*. El *Modelo* hace a la definición de un conjunto de criterios ideológicos en los que estará cimentada la política, tales como:

- dónde se determina la población receptora,
- quién financia el sistema,
- las prestaciones que se van a dar,

- las actuaciones y competencias de la autoridad del sector

La gestión de una política en el marco de un Sistema hace a la operatividad y ejecución de un *Modelo* de política pública. En los diferentes discursos se expresa la importancia de estas definiciones, sin embargo es un aspecto que se presenta difuso en su definición, a pesar de la importancia que los propios actores le reconocen al tema.

P1:DOC1: Pero un sistema completo no es solo su arquitectura, son también sus recursos de infraestructura, humanos, materiales y financieros. Es también una población heterogénea con grados y tipos diversos de dependencia que reclaman servicios y atención diferenciada.

P1:DOC1: En el caso español el mayor desafío no estaba en la construcción de un menú de servicios sino en la recreación del modelo de financiamiento y de gestión.

P5:DOC5A: Para la construcción del sistema se necesita: definir los principios básicos del sistema; diseñar un marco institucional en el que se desarrolle y evalúe su implementación; definir un plan de acción respecto de las alternativas que son convenientes y aquellas que deban articularse mejor para tener un resultado más eficaz; identificar a nivel nacional y territorial, con mayor precisión, las demandas y necesidades de distintos grupos de la población como por ejemplo, las personas con discapacidad o adultos mayores con algún nivel de dependencia; relevar las preferencias y necesidades de quienes hoy toman decisiones sobre las personas a cuidar.

P6:DOC5B: La importancia de afrontar en el corto plazo el reto de diseñar, financiar y articular de manera conjunta el sistema de cuidados, con perspectiva de género. La necesidad de comprometer a una amplia gama de actores, favoreciendo la intersectorialidad y la interinstitucionalidad, así como considerar las necesidades de las cuidadoras y cuidadores y de quienes reciben los cuidados. El sistema tiene que priorizar la mejora de la calidad, la cobertura, la capacitación, la regulación, la fiscalización, el precio y la protocolización de los servicios y una mayor integralidad de los mismos. El sistema debe contemplar las particularidades territoriales, culturales y étnicas, y las necesidades objetivas y subjetivas de las personas. Es fundamental promover la firma de acuerdos y leyes que garanticen la institucionalidad, sustentabilidad y financiamiento del sistema, con activa participación del parlamento. Es importante impulsar políticas de tiempo en diversos ámbitos, y un cambio cultural rígido a una redistribución del tiempo y el trabajo dentro y fuera de los hogares.

El *Modelo* hace al ámbito de la política y se lo puede definir como ciertos criterios u orientaciones ideológicas que establecen los fundamentos que le dan sostén a los sistemas en políticas públicas. Al definirse un *Modelo* se logra establecer aspectos que determinan la población receptora, el financiamiento del sistema, los servicios y las prestaciones que se pondrán en práctica, así como las actuaciones y competencias de la autoridad del sector.

Mientras que el *Sistema* hace a la operatividad, el *Modelo* ubica la lógica e ideología de la política, donde se establecen los niveles de cobertura, acceso e ingreso. En el marco de una política es relevante su definición, sin embargo es importante reconocer que se pueden presentar distintas complejidades, teniendo en cuenta que en el *Modelo* de la política pública se juegan aspectos políticos trascendentes. En relación a esto Papadópulos y Stari expresan: “Lo que en rigor importa, es que cuando se adopte un modelo o cualquier combinación posible de ellos, se tenga presente el modelo de justicia que se quiere desarrollar, sabiendo que los instrumentos de política no son neutros”. (pp.126)

El cuidado como materia de política pública administrada a partir de la creación de un Sistema debería establecer claramente los criterios referidos, sin embargo los distintos discursos plantean la complejidad que implica definir estos componentes del modelo, como las dificultades para llegar a acuerdos al respecto.

PPCOP2: Una vez que definimos la poblaciones y el darse cuenta, el tema más ríspido es el de financiación, ni tanto la institucionalidad porque funcionó muy bien la mesa de Sistema de Cuidados. Vos mandás el otro va a quedar acá, el otro va a quedar allá y no generó fantasmas. Si la financiación es un gran tema de donde se saca la plata porque el Sistema de Cuidados es muy caro, es muy caro entonces ahí no nos pusimos de acuerdo.

P6:DOC5B: El sistema no se debería basar en su estatización, sino en el desarrollo de corresponsabilidades entre todos los sectores involucrados y la apertura de nuevos canales de participación ciudadana de modo que sea realmente inclusivo. (...) Es fundamental concebir el sistema de cuidados de manera articulada a la matriz de protección social.

PPCOP2: Lo que le está faltando ahora es institucionalidad y financiamiento. Este, o sea, lo teórico lo fuerte está bien y ya ha habido pruebas de tratar de desviarnos y volvemos a leer el marco teórico para volver al rumbo. Pero lo que le falta ahora sería institucionalidad y financiamiento.

Objetivos de la política

A partir de revisar los objetivos que se plantean referidos al sistema, se pueden analizar los cometidos que se persiguen con la política. Así como también, la coherencia entre la forma de concebir una política nacional de cuidados con la construcción del problema y las decisiones acordadas en el marco del proceso de trabajo. Al revisar los contenidos planteados se puede observar un claro interés en que la política nacional de cuidados pueda impactar en revertir desigualdades de género establecidas en relación al cuidado remunerado y no remunerado.

Las desigualdades de género en torno a la tarea del cuidado parece ser un eje sustantivo a trabajar y que los actores priorizan como objetivos del sistema. Está claramente expuesta la intencionalidad de impactar en los componentes culturales que definen la distribución sexual del trabajo en el ámbito del cuidado, así como en las desigualdades sociales que se establecen en relación al mismo.

P5:DOC5A: El desarrollo de un sistema de cuidados debe ser concebido para revertir las desigualdades de género en la distribución del trabajo remunerado y no remunerado que además de lesionar los derechos de ciudadanía de más de la mitad de la población, son una fuente de creación y reproducción de las desigualdades sociales.

P3:DOC3: El futuro Sistema de Cuidados, como política social, tiene una enorme potencialidad para impactar en:

- *La equidad en la distribución del ingreso;*
- *La equidad entre géneros y generaciones;*
- *La capacidad estratégica de las políticas sociales de anticiparse, adecuarse y/o promover procesos de cambio poblacionales (natalidad, envejecimiento), en las familias (división sexual del trabajo, déficit de cuidados) y en el mercado de trabajo (aumento en la tasa de actividad femenina y condiciones equitativas en el trabajo).*

P5:DOC5A: Como se plantea en Aguirre (2009, pág. 39): "los beneficios de la ciudadanía social han incidido de forma diferencial en hombres y mujeres, debido a que las políticas de bienestar se han centrado en aquellos que participan en el mercado, reproduciendo las relaciones de subordinación en la esfera familiar".

P1:DOC1: Promoverá el cambio 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 priorizando las actividades de cuidados y la reproducción biológica y social de las personas del hogar. En este sentido el Sistema de Cuidados deberá integrar como criterio orientador el concepto de corresponsabilidad.

Cada uno de los objetivos planteados están fuertemente atravesados por una perspectiva de género, que reconoce el cuidado como una tarea que tiene consecuencias en la distribución del bienestar social y donde se busca, a través del Sistema impactar en elementos vinculados a la división sexual que existe en torno al trabajo del cuidado.

Se establece la importancia de que las acciones que se pongan en práctica en el marco del Sistema puedan colaborar a mejorar el lugar de la mujer en el espacio privado y la división sexual del trabajo doméstico, y con esto mejorar sus condiciones de acceso a situaciones más equitativas en el espacio público. Así, políticas que brinden tiempo a las mujeres, que mejoren el valor social y económico de la tarea del

cuidado, que impulsen la participación de los hombres en la distribución del cuidado, se presentan como las opciones más remarcadas. Términos como el de corresponsabilidad, cuidador-paritario, doble cuidador, modelo de conciliación y socialización de los costos del cuidado, surgen como conceptos relevantes y de recurrente aparición.

P6:DOC5B: A su vez, se discute que el desarrollo de estas políticas para que incorporen la perspectiva de género podrían enmarcarse en tres tipos de modelos (Sainsbury, 1999):

i) el modelo de proveedor universal que concibe el acceso a los beneficios de seguridad social y salud, entre otros, por medio del empleo, por lo que el Estado debe brindar servicios de cuidado que atienda a las personas dependientes (niños, ancianos, personas con discapacidad y enfermos) y debe garantizar la formación para el empleo de hombres y mujeres;

ii) el modelo de cuidador-paritario, donde se igualan los derechos de los que cuidan con los que poseen trabajo remunerado. En este caso la política no solo garantizaría el acceso a los beneficios de seguridad social y salud, entre otros, a hombres y mujeres con empleo remunerado, sino a todas las personas que trabajen de forma remunerada o no. La política se preocupa por contemplar el cuidado informal (trabajo no remunerado) y brindarle sostén por la vía de prestaciones monetarias para el cuidado; y

iii) el modelo de cuidador universal, donde se anula la tradicional división sexual del trabajo y promueve que hombres y mujeres puedan combinar trabajo remunerado y no remunerado. Este modelo mantiene el énfasis en los servicios para posibilitar el empleo de hombres y mujeres, pero incluye medidas de política para sostener el cuidado informal (trabajo no remunerado) orientadas a hombres y mujeres.

P8:DOC7: Uno de los desafíos en la elaboración del Sistema de Cuidados es alcanzar la socialización de los costos vinculados a las tareas de cuidados generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada. En la actualidad dichos costos están sujetos a la capacidad de compra de los servicios en el mercado y a períodos de exclusión de las mujeres del mercado de empleo.

Aparece claramente expresado el concepto de género como estructurante institucional de las relaciones entre hombres y mujeres, en tanto se reconoce el rol organizador que este tiene tanto a la interna de la familia y en la distribución de roles en el espacio privado, como en el espacio público y las relaciones sociales en un sentido amplio. Los actores explicitan y reconocen el complejo proceso de cambio social, político y cultural que implica tener en cuenta estas visiones para la definición de una política pública en cuidados. Se identifica claramente además que los efectos de estas políticas trascienden las relaciones de género y afectan otros campos de regulación social. En este punto la interrogante que queda planteada es si la visibilidad de estos

componentes y la relevancia que los actores le marcan, podrá impactar realmente en la toma de decisiones que permitan contribuir a una transformación de estos procesos, o si sólo son expresados a modo enunciativo.

P8:DOC7: Pero sin duda que todo esto no lo hace un modelo excelente comparado con modelos teóricos, por tanto “un modelo de conciliación y de relaciones de género teórico deseable puede ser el modelo de “doble cuidador”, en el que los hombres son cuidadores en similar medida que las mujeres y en el que las tareas del hogar no son realizadas principalmente por mujeres (pagadas o sin pagar); en el que el mercado de trabajo está lo menos segmentado posible por género; en el que las mujeres no sufren discriminación salarial y acceden a puestos profesionales de responsabilidad en similares proporciones que los hombres y en el que las mujeres pueden vivir la conciliación como algo practicable y no como un reto diario con altos costes personales”

Aportes esperables de una política de cuidados

Es de destacar la relevancia que los actores identifican para una política de cuidados en la protección de derechos de sectores postergados en el ámbito del cuidado, como las mujeres ocupadas en el trabajo remunerado, las mujeres que cuidan en el ámbito doméstico y las personas que requieren cuidados. Sin embargo los actores reconocen también el posible impacto en otras aéreas trascendentes como el desarrollo y bienestar social. Se reconoce que poner en funcionamiento acciones públicas en el ámbito del cuidado no sólo contribuiría en las áreas de intervención social, sino que aportarían en toda la matriz de desarrollo y crecimiento económico del país. Se piensa el desarrollo de un sistema como una inversión para el crecimiento de capacidades que impactarán en múltiples sectores de la población y no solamente en las personas que requieren cuidados. Se plantea también el impacto en mejorar mecanismos asociados al desarrollo, como a la regulación de servicios y el control social de sectores informales de la economía.

P5:DOC5A: El desarrollo de un sistema de cuidados implica una inversión en la formación y reproducción de capacidades humanas y en el fortalecimiento del tejido social de un país (Razavi, 2007). El déficit en la provisión de cuidados conlleva problemas de desacumulación de capacidades, valores y afectos, lo que influye en el funcionamiento del sistema económico y tiene consecuencias en el aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y desarrollo.

P3:DOC3: Tal como se plantean en los documentos de trabajo, el futuro Sistema de Cuidados promueve una nueva modalidad de protección social que profundiza la nueva matriz de protección social de corte universalista, apuntando a tres desafíos:

- *La necesidad de socializar costos vinculados a las tareas de cuidado, generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada.*
- *El reconocimiento de que las tareas de cuidados recaen principalmente en las mujeres por lo que desde el punto de vista de los derechos sociales y la equidad de género, es imprescindible reconocer y valorar el aporte que se realiza a toda la sociedad, así como promover la corresponsabilidad de las tareas de cuidado tanto entre las familias y el Estado como entre mujeres y varones dentro del hogar.*
- *La evidencia de que la oferta existente en materia de cuidados es notoriamente insuficiente.*

Como fuera mencionado, un elemento que surge reiteradamente tiene que ver con la socialización de los costos del cuidado. Aparece así el Estado mediante la provisión y puesta en funcionamiento de servicios, asumiendo el costo de los cuidados al menos para ciertos sectores de población. El punto clave que se menciona en este punto es la puesta en funcionamiento de servicios directos de atención. Si bien se reconocen otras posibilidades como mecanismos de regulación, transferencias económicas, ampliación de marcos normativos y derechos laborales, el punto que aparece como principal es la implementación de acciones en la modalidad de servicios de cuidado directo. Los actores entienden que el mayor impacto para el Sistema está en la prestación de servicios públicos de directa atención a la población, así como la regulación de los servicios privados.

P8:DOC7: Uno de los desafíos en la elaboración del Sistema de Cuidados es alcanzar la socialización de los costos vinculados a las tareas de cuidados generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada. En la actualidad dichos costos están sujetos a la capacidad de compra de los servicios en el mercado y a períodos de exclusión de las mujeres del mercado de empleo.

P3:DOC3: 1. Como política basada en derechos, el Sistema de Cuidados apuntará a construirse como política universal focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. El diseño incluirá compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de colectivos hasta la universalización. 2. Partiendo de la concepción de que las personas son sujetos de derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su goce efectivo, el diseño de la política social incorporará las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial. 3. El Sistema de Cuidados se diseñará conjugando las estrategias de creación de servicios así como la posibilidad de transferencias monetarias. Si bien ambas estrategias deben estar presentes en el diseño, principalmente en primera infancia, se considera fundamental fomentar la oferta de servicios. Esto se debe al impacto potencial que el Sistema pueda tener en términos de género y de la calidad del servicio prestado, lo que está altamente relacionado con los resultados que se puedan lograr en términos de bienestar. A

la vez, la provisión de servicios por parte del sector público o el subsidio a la provisión privada determina en gran medida la capacidad de control y protección por parte del Estado del servicio y los trabajadores del sector. 4. Se debe propiciar el cambio 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 Sistema de Cuidados deberá integrar como criterio orientador el concepto de corresponsabilidad.

Los actores identifican que pueden establecerse ciertos niveles de dificultad para que los argumentos relativos a los aportes al desarrollo social, la equidad de género y la protección de derechos de las personas con dependencia, sean fundamentos que alcancen para establecer los acuerdos políticos que requiere la puesta en funcionamiento de un Sistema Nacional de Cuidados. Ante el reconocimiento de ciertas dificultades en estos aspectos se plantea una línea argumental paralela, que refiere al impacto económico y la liberación de las mujeres del trabajo no remunerado para poder insertarse en el mercado formal de empleo y cubrir déficits de trabajadores en algunos sectores.

PPCOP3: Y después hay un tercer elemento, si están el de derecho, el de equidad de género, hay un tercer elemento que es el de desarrollo. Sino no nos convenciera ninguno de los dos anteriores, nos debería convencer el tercero, capaz que con un visión mucho más economicista, que es el decir, bueno, el Uruguay enfrenta determinados cuellos de botella, como puede ser el de la escasez de mano de obra en momento en donde tenemos pleno empleo y queremos seguir creciendo que es la necesidad que todas aquellas personas, en este caso decenas de miles de mujeres que puedan hacer un esfuerzo productivo, no ya en el hogar sino en el mercado lo puedan hacer. Entonces es un problema público y nosotros, estos se puede construir desde distintos lugares, de hecho si algo se ha desatado ahora es, o de algo nos podemos vanagloriar es que finalmente es un problema...¿no? Se ha convertido en un problema, no ya social, en el ámbito social, sino público y que por tanto requiere una respuesta del Estado.

Desafíos que implica una política de cuidados

Si bien los actores identifican como prioritaria la puesta en funcionamiento de un Sistema Nacional para mejorar los mecanismos de protección de derechos de las personas con dependencia, donde la prestación de servicios se presenta como un área fundamental y de alto impacto para el cumplimiento de los objetivos asumidos. Se reconoce que es necesario encontrar mecanismos de financiamiento y regulación, así como la formalización de distintos sectores de empleo y la formación de recursos

humanos, como ampliar el esquema de intervención pública involucrando otros sectores principalmente el sector salud.

P5:DOC5A: para que la estrategia sea óptima no debería ser única, sino que, en la medida de lo posible, debería ofrecerse un listado de opciones.

- *hacer capacitación a los cuidadores y las cuidadoras (actuales y futuros);*
- *crear protocolos de cuidado para exigírselos a las instituciones o personas que los brinden; e · identificar recursos genuinos para el financiamiento de las prestaciones y servicios para que no dependan de los vaivenes de la economía.*

P3:DOC3: Un Sistema de Cuidados en tanto política social, se presenta como un desafío que pueda referir a las modalidades de distribución social del cuidado de la personas con discapacidad. El Estado debe asumir el rol, adjudicándose la responsabilidad principal y directa o indirecta de proveer estos servicios y/o capacitando, formalizando y regulando la oferta privada. El Sistema debe partir desde una perspectiva de igualdad de derechos, tanto a nivel de los beneficiarios del cuidado como de los cuidadores, partiendo de la premisa de la responsabilidad social del cuidado.

PPCEXP1: El futuro Sistema de Cuidados desde mi punto de vista, tendría que poder articular lo existente, coordinarlo y avanzar en lo que falta.

Claramente los actores especifican el impacto que tiene la cobertura e intervención sanitaria en las demandas y/o resoluciones de las situaciones de dependencia. Se identifica como notorio que elementos de cuidado no resueltos a la interna del sector salud, se transforman en una preocupación para los actores, pudiendo ser un factor de presión que afecte el desarrollo del propio Sistema.

P1DOC1: La construcción de una política de Cuidados debe avanzar hacia la definición de un sector de cuidados sociosanitarios. En primer lugar porque muchas de las situaciones de discapacidad y de dependencia tienen su origen en afecciones de la salud que no fueron debidamente atendidas y/o prevenidas (...) En segundo lugar porque sin bien los cuidados hacia las personas en situación de dependencia demandan calificaciones esencialmente de tipo social, los niveles de vulnerabilidad física y psíquica de los adultos mayores puede requerir de intervenciones sanitarias en distintos momentos de la vida de la persona dependiente.

PPCOP4. Y después lo que nos hizo pensar como ministerio también el que esto que sucedió de hace muchos años a esta parte que es que las personas que están internadas en los hospitales y sanatorios necesitan ser acompañadas por alguien porque si no viene la tizanera y dejan la comida ahí, eso fue una falla del sistema de salud. Porque de eso se tenía que encargar el sistema de salud, entonces estuvimos viendo que se podría ver que parte del escalafón falta para tener personas que cuidan a nivel de los sanatorios y hospitales tuvimos pensando eso y escribiendo sobre eso.

Obstáculos para la puesta en funcionamiento de un sistema de cuidados

En este apartado se desarrolla la visión e interpretación de los actores en relación a las dificultades que se entienden están instaladas y pueden obstaculizar el desarrollo del Sistema. Llamativamente varias de las dificultades detectadas y que se citan a continuación, ubican como inviables los cometidos mencionados en otros apartados como sustantivos para el Sistema.

Se plantea insostenible poner en práctica una lógica de derechos respecto a la atención a la dependencia, ya que incorporar a todas las personas con una desprotección de cuidados sería imposible en el corto plazo, dado que esto atentaría contra la viabilidad de la política. Estas conclusiones están en contradicción con el protagonismo que la lógica de derechos tiene en la justificación de una política de cuidados. Por otro lado, se mencionan las dificultades que se presentan para la instrumentación de algunos servicios, ya que no hay capacidades instaladas en el sector público y que la intención no es en una primera etapa generar nuevas capacidades. Estos conceptos son llamativos teniendo en cuenta, que parte importante de los objetivos no serían posibles sino se efectiviza la instalación de nuevas capacidades. Y teniendo en cuenta áreas con escaso desarrollo en el mercado, es imprescindible se promuevan modificaciones en el sector público. Ante esto hay que tener en cuenta también, que los mismos actores plantean que impactar en mejorar la calidad y regulación del sector privado es imposible sin la generación de servicios públicos,

P1:DOC1: La incorporación de toda la población basada en una lógica de derechos (accede al sistema quien lo necesite) implica un desafío para el país que hoy es inviable si se desea incorporar en un breve plazo a toda la población adulta mayor en situación de dependencia.

P2:DOC2: La propuesta realizada pretende ser implementada en los próximos tres años, por lo tanto no contempla la incorporación de aquellos servicios previstos para el SC que requieren un despliegue mayor al posible en el corto plazo. Así, una de las principales restricciones al diseño de esta estrategia es la capacidad instalada en términos de prestaciones y servicios existentes, tanto públicos como privados. En este documento se considera que no se puede modificar la capacidad instalada en este horizonte temporal y por tanto se analizan solamente prestaciones, servicios y subsidios que no impliquen inversiones en infraestructura desde el sector público.

A continuación se plantean una serie de obstáculos que otros países han encontrado en la puesta en práctica de políticas de cuidados. Sin embargo, algunas de estas dificultades mencionadas y que se señalan como puntos de alarma, ya son

identificadas como elementos que estarán presente en una política nacional. A pesar de identificar que la valoración de la dependencia estrictamente en componentes orgánicos presenta limitaciones, se ha planteado en los distintos documentos que el camino está en una valoración de componentes fisiológicos e instrumentales.

Se identifica que los servicios son un aspecto clave y que es un obstáculo cuando estos permanecen estáticos, sin embargo como veíamos en otros apartados se plantea una propuesta de servicios que ya se define con escaso margen de modificación en el mediano plazo.

A pesar de las dificultades que presentan los servicios exclusivos de cuidado domiciliario, en Uruguay se pone un énfasis prioritario en esta modalidad de respuesta, ya qué se entiende que faltan capacidades instaladas para complementar con otros servicios.

Se plantea que es imprescindible la coordinación de los sistemas social y sanitario, sin embargo los actores destacaban que la construcción de un modelo socio-sanitario en Uruguay se presenta a priori con grandes dificultades.

Se destaca como fundamental la promoción e instalación de servicios que propicien la autonomía, sin embargo en el proceso de discusión nacional se ha puesto prioridad más en la atención a la dependencia que en la promoción de autonomía.

Se entienden sustantivas las medidas de apoyo a las familias, sin embargo en el proceso de definición de algunas prestaciones se las orienta con una lógica centrada en la persona con dependencia y de poca cobertura en horas directas de cuidado.

Se señalan las dificultades de avance que presenta el proceso en Uruguay y como algunas miradas entran en contradicción a partir de tener puntos de vista diferentes sobre elementos centrales referidos al Sistema.

P3:DOC3: Se debe tener en cuenta que existen países que habiendo implementado un sistema de cuidados plantean algunas limitaciones en su implementación:

- Las valoraciones de dependencia han estado fuertemente orientadas a los problemas somáticos, dándole menos atención a los problemas psíquicos.*
- La prestación económica es estática, la cotización establecida no ha cambiado en años, como la cartera de servicios.*

- Se prevalece la atención domiciliaria, sobre la asistencial, pero las prestaciones resultan insuficientes para la familia porque lo que la atención residencial aumenta.
- La coordinación sociosanitaria ha sido insuficiente.
- Ha existido una descoordinación administrativa, para abarcar todo el territorio, no está garantizado el derecho subjetivo en todas las regiones de forma igualitaria.
- Los programas de prevención y promoción de la autonomía y la participación social no se ha desplegado suficientemente.
- La supervisión para constatar que el cuidador informal, figura que debe ser excepcional), cumpla con las exigencias para atender a la persona dependiente, ha sido insuficiente.
- Necesidad fortalecer programas y medidas de apoyo a las familias cuidadoras, para paliar el síndrome del cuidador.
- Existe un gran retraso por parte de las administraciones públicas a la hora de valorar las solicitudes, esto es a consecuencia que el proceso creado fue muy complejo.
- Existe carencia de recursos humanos, falta personal tanto técnico como administrativo.
- Las zonas rurales han tenido menos acceso a los servicios del sistema.

PPCOP2: Es que nosotros teníamos un mercado de trabajo que lo estábamos mirando que era irregular que no tenía categorías que las personas estaban en negro y que era, y que es muy difícil entrarle a ese mercado y que existía. O sea es un mercado en negro que existe.

PPCOP2: Porque para regular vos en la regulación tenés que se pide tal cosa, se dan categorías, etc. Pero cuando íbamos al mercado, el mercado era uno que estaba basado en conceptos como que la mujer sabía cuidar. Primero, conceptos de género, o sea esto de que solo cuidan las mujeres, y que las mujeres sabían cuidar, o sea no se necesitaba ningún título, ningún conocimiento. Entonces ahí es donde el Ministerio de Trabajo pone el énfasis en que la formación es primero, antes de la regulación.

Generar un proceso de discusión sobre una política de cuidados implica articulaciones complejas, son múltiples las visiones y demandas que intentan ser tenidas en cuenta para lograr impactar en la toma de decisiones. La valoración que hacen los actores del proceso, es un elemento que aporta para comprender los acuerdos y tensiones que se presentan en la toma de decisiones de una política de cuidados. Se nota que la valoración tiene matices a partir del rol y cometidos de cada uno de los participantes en el proceso. El discurso de los expertos, encargados de producir contenidos y asesorar, se presenta más crítico que la valoración que hacen los representantes de gobierno, los cuales tienen el rol de coordinar el proceso y tomar las decisiones. Los expertos tienen una visión sobre el trabajo que se presenta lento y estancado, con algunas dificultades de acuerdo, donde muchos de los puntos presentados no han sido tenidos en cuenta. En cambio los actores de gobierno, si bien reconocen niveles de

expectativas no cumplidas, o áreas donde no llegaron a establecer acuerdos, tienen una visión más positiva del proceso y los avances logrados.

PPCEXP2: yo partí de decir lo que yo veo en todo y ellos dijeron bueno, pero nosotros vamos a trabajar para allá. Eso fue una definición política que bueno tomaron desde el grupo de trabajo y también ahí tuvieron, tomaron muchas definiciones para conciliar con otros ¿no?. Creo que en esto de la... de que entra que es lo de la ayuda diaria, siempre se tomó porque partían de la ley de dependencia de España, mal llamada ley de dependencia porque es ley de la promoción de la autonomía (...) siempre queda el tema de la dependencia, que aparte está pensada ni siquiera para los chiquitos, está pensada sólo para personas dependientes adultos mayores o personas con discapacidad... este...es eso, creo que lo que nos falta, le falta tanto como al sistema político en general es que les cuesta dialogar con la sociedad civil o con la gente que tiene como la experiencia del día a día. (...) No sé a lo que ellos llaman particularmente, pero que como que escuchan poco como que tienen miedo o sea a abrir la cancha me parece como por miedo a que les venga como mucha cosa ¿no?

PPCEXP1: Hasta ahora no se ha cambiado nada de la línea de lo que estaba previsto, o sea hay cosas que no se han hecho y muchas no se han modificado sustancialmente.

PPCOP1: otra etapa fundamental... fue la etapa del debate... si bien se generaron quizás... este... expectativas obviamente en la población o la sociedad civil organizada, me parece que fue una etapa fundamental sobre todo para traer esta discusión a organizaciones que no tenían que ver con las organizaciones feministas... porque este es un reclamo que venía básicamente de ese tipo de organizaciones, entonces el debate lo que permitió es incorporar en esta discusión a las organizaciones de la sociedad civil que trabaja el tema discapacidad, que trabajaban temas de adultos mayores, que trabajaban temas de infancia... me parece que en ese sentido, más allá de las expectativas si o no, haber escuchado a las organizaciones que trabajan con las diferentes poblaciones y que hagan suya su demanda...

PPCOP2: Una vez que definimos la poblaciones y el darse cuenta, el tema más ríspido es el de financiación, ni tanto la institucionalidad porque funcionó muy bien la mesa de Sistema de Cuidados. Vos mandás el otro va a quedar acá, el otro va a quedar allá y no generó fantasmas. Si la financiación es un gran tema de donde se saca la plata porque el Sistema de Cuidados es muy caro, es muy caro entonces ahí no nos pusimos de acuerdo.

Conclusiones

Cuerpos que importan

(...) los cuerpos viven y mueren, comen y duermen; sienten dolor y placer; soportan la enfermedad y la violencia (...) Ciertas construcciones del cuerpo ¿son constitutivas en el sentido que no podemos operar sin ellas, en el sentido de que sin ellas no habría ningún “yo” ni ningún nosotros? Concebir el cuerpo como algo construido exige reconcebir la significación de la construcción misma. (...) podemos sugerir que los cuerpos sólo surgen, sólo perduran, sólo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generalizados (Judith Butler, 2012 pp. 13-14)

Los elementos de definición política en relación a un futuro Sistema de Cuidados, se comprenden como la estrategia más adecuada para la atención a una situación de dependencia funcional. La política ubica su zona de acción en el territorio cuerpo de las personas, mediante prácticas cotidianas que faciliten la sostenibilidad orgánica de la vida. Funciones básicas como ir al baño, comer, asearse o vestirse, son identificadas como el centro de la práctica de cuidado. Sin embargo, esta identificación de la acción de cuidar como materia de política pública, establece dos posturas antagónicas que se presentan claramente mencionadas y en tensión en los discursos. Que como plantea Pierre Bourdieu (1986) al definirse una política pública los actores sociales entran en una disputa de valores, representaciones y creencias sociales sobre un problema común o un tema de interés.

Por un lado, una postura centrada en dar respuesta de cuidados en forma restrictiva a lo funcional y que tiene como eje la identificación y definición de una situación de dependencia, la cual será identificada y cuantificada para su posterior intervención. Donde la figura del cuidador surge como una extensión del cuerpo físico de la persona que debe ser cuidada para sostener la vida en el contexto cotidiano. El cuidador instalado en un cuerpo femenino es pensado como una figura de cuerpo máquina, preparada para producir cuidado, sostener la viabilidad de la vida.

Frente a estas dificultades, se puede apreciar un ejercicio de establecer jerarquizaciones sobre la población que terminan ligadas a cristalizaciones de sentido, las cuales parecen sostenerse en esencialismos sobre la población que reproducen representaciones prejuiciosas. La fuerte presencia de la materialidad del cuerpo, que

termina por darle un cierto carácter fijo, que como plantea Butler (2012) la materialidad es performativa y es indisociable de las normas reguladoras.

Hay una significación de los sujetos a partir de una significación del cuerpo material. Una política pública que requiere la identificación de una materialidad cuerpo dependiente y que padece, debe estar alerta y en revisión ante los efectos que la propia práctica y discurso determina sobre los sujetos. Es importante que se den espacios de ruptura donde el sujeto de la política no quede atrapado en una norma corporal, y deje de ser sujeto para pasar a ser sólo cuerpo. Creo que este riesgo es posible, ya que la puesta en práctica de acciones que se colocan exclusivamente en el cuerpo de las personas puede sacar de escena otras dimensiones subjetivas. A su vez, esta fuerte presencia de lo físico, establece en los discursos cuerpos más útiles que otros, como el cuerpo de los niños/as frente al cuerpo viejo, o el cuerpo con discapacidad. También cuerpos invisibles como el de las mujeres, que parecen no estar en el discurso de los actores, que al decir de Butler (2012), “Esta matriz excluyente mediante la cual se forman sujetos requiere pues la producción simultánea de una esfera de seres abyectos, de aquellos que no son “sujetos”, pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos” (pp. 19)

Por otro lado, se presenta un discurso que entiende la demanda de cuidados de forma más integral. El sujeto de la política se reconoce en una relación vincular entre la persona que requiere ser cuidada y la persona que cuida. Esta postura reconoce una relación interpersonal atravesada por componentes de déficits funcional, pero también relaciones de género, aspectos sociales, institucionales, ambientales y de protección de derechos que determinan la situación de cuidados. Se reconoce la autonomía como el eje sustantivo de la acción de cuidar, y donde la persona que cuida es también sujeto de derecho y parte fundamental de la política.

Estos discursos tan opuestos, aparecen bajo una tensión no enunciada. Si bien se manifiesta el reconocimiento de sus diferencias, por momentos ambos quedan bajo una convivencia amigable fundamentada en el reconocimiento de la complejidad y diversidad de opiniones. Se da la presencia de una postura que ubica la materia de la política pública en el cuidado, y otra en la dependencia, estas diferencias merecen una especial atención y análisis, ya que pueden incidir de forma radicalmente distinta en la ingeniería del futuro Sistema.

La dimensión de autonomía se presenta como un componente clave para pensar las acciones de cuidado, se entiende que debe propiciarse un cuidado que respete la

opinión de los sujetos que serán cuidados. Sin embargo, los actores identifican que la palabra clave de un Sistema Nacional de Cuidados es la dependencia, “*dependen de otros*”. Este correlato no parece articularse adecuadamente con la visión de autonomía postulada anteriormente. Si bien la autonomía y la dependencia son dimensiones que forman parte del cuidado y están en permanente tensión, implican valoraciones muy distintas en la definición de política pública. Dependere de otro, parecería no sólo tener un correlato funcional biológico, sino que también implica aspectos políticos.

Se identifica también una doble dimensión de la dependencia, una ligada al desarrollo, entendida como “normal”, que transita de un polo de dependencia absoluta a la autonomía, y se ubica en la infancia. Y una segunda, que por momentos es interpretada por los actores como ineludible, pero donde se transita de la autonomía a la dependencia absoluta, se la considera deficitaria y está asociada a las personas con discapacidad y las personas mayores. Estas definiciones tan distintas para comprender la dependencia, ubican producciones de sentido respecto a las personas que requieren cuidados de muy diversa naturaleza.

Se interpreta la dependencia como consecuencia de la falta de respuesta pública en otros sectores, fundamentalmente el sanitario. Ante esto sería necesario poner el énfasis en la articulación entre distintos sectores y pensar un sujeto de la política de cuidados que requiere de múltiples respuestas, donde los distintos niveles de demanda, incluso los vinculados con la dependencia no serán resueltos todos exclusivamente a la interna de un Sistema Nacional de Cuidados.

La política deberá comprender categorías de sujeto que transitan de unas acciones públicas a otras, donde el marco de respuesta del propio Sistema tendrá que ver con varios aspectos y no sólo la atención a la dependencia. Si bien la dependencia es la materia de acción propia del Sistema, debe comprenderse que una persona que ingresa a una política de cuidados puede requerir múltiples intervenciones y la política debe estar preparada para articular con otros servicios.

En la puesta en práctica de toda política pública, se deben establecer criterios de selección y priorización de la población sobre la que se intervendrá. Este aspecto no presenta un problema en sí mismo, ya que parte de la naturaleza de la acción pública es tener que resolver sobre quienes se interviene. Establecer esta naturaleza en la definición de un futuro Sistema de Cuidados fue algo sustantivo, de hecho, gran parte

de los documentos y acuerdos se centraron en discutir y establecer los criterios de la población objetivo de la política. El problema no se presenta en las definiciones, sino desde que categorías se establecen esas definiciones, los *ideales normativos* que se establecen sobre la población. Que acuerdos de sentido se realizan, que elementos de identificación subjetiva se organizan para determinar quien forma parte y quien queda fuera de una acción pública. Ya que como plantea Bruno Jobert (2004) una política pública, “se reduce a construir una representación, una imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir” (pp.123)

Según Jobert (2004) el manejo de las políticas se ejerce a través de un sistema de representaciones sociales, las cuales organizan la forma de entender y resolver los problemas. El mismo autor plantea la constitución de un *sistema referencial* de la política pública, entendido este como “*instituciones del sentido*” que no sólo organizan el mundo como verdadero, sino que también organizan las transacciones entre actores que dan lugar a la definición de una política pública legitimando los valores de una cultura política.

En la exposición de los principios que dan lugar al problema del cuidado, los actores identifican que hay aspectos de discriminación que naturaliza la comprensión del lugar de quienes requieren cuidados y quienes cuidan en el entramado de la *economía del cuidado*. Esto trae como efecto una falta de visibilidad de las distintas problemáticas en determinados grupos de población que se identifican como graves y de urgente respuesta. Una política de cuidados podría aportar a mejorar la protección de derechos de algunos colectivos que presentan vulnerabilidades asociadas a esta *economía del cuidado*. Sin embargo en la búsqueda de identificar quienes deben acceder al cuidado, se constituyen *ideales normativos*, se reproducen elementos de esencialidad y naturalización sobre los diferentes grupos de población que terminan por reproducir los mismos elementos de discriminación que se plantean como causa del problema.

Hay determinadas categorías que se establecen para representar a los posibles sujetos destinatarios del Sistema, que presentan elementos valorativos que se sostienen en ciertas cristalizaciones y naturalizaciones artificiales y sin una fundamentación exhaustiva. Esencialismos vinculados a la edad, las relaciones de género, el cuerpo, la familia y las relaciones laborales impregnan de sentido las experiencias de cuidado.

Se establecen cuatro grupos de población que serían sujetos de intervención de un futuro Sistema: niños/as, personas mayores con dependencia, personas con discapacidad que presentan dependencia y mujeres que cuidan. En relación a estos grupos de población se pueden identificar tres problemas:

- la interpretación que se hace sobre cada una de las poblaciones y sus experiencias de cuidado.
- la priorización de las poblaciones a la interna de cada grupo.
- la forma de resolver el ingreso al sistema, donde para ello se establecen criterios administrativos de identificación de la población que poco o nada tienen que ver con una situación de dependencia y sólo intentan facilitar una futura gestión administrativa.

Las personas se interpretan de forma muy diferente dependiendo su edad y condición física. Así por ejemplo cuidar a niños es placentero, mientras que cuidar a personas mayores con dependencia y personas con discapacidad a partir de una discapacidad, es desgastante y poco deseable. El cuidado de niños/as está asociado a conceptos positivos como inversión, desarrollo, futuro, autonomía, placer. En cambio el cuidado hacia las personas mayores y personas con discapacidad, está asociado a gasto, agotamiento, vulnerabilidad, dependencia y costo.

Las mujeres quedan como una población visagra, que por momentos entran y por momentos están ausentes de las definiciones. A pesar de teóricamente plantear la necesidad de apuntar a acciones de corresponsabilidad y distribución de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, las acciones que se diseñan no son activas en este sentido. En algunas ocasiones parece que establecer servicios de cuidado sería una política activa de liberación de tiempo para las mujeres, sin embargo las acciones planteadas son de baja cobertura en horas, por lo cual es probable que las posibilidades de formación o mejoras laborales para las mujeres sean escasas.

También es importante señalar, que las mujeres que cuidan en el ámbito del trabajo no remunerado y remunerado, son las mismas. Ante esto se debería destacar que para impactar realmente en mejorar la situación de desigualdad de las mujeres producto de la división sexual del trabajo, deberían desarrollarse acciones que mejoren sus condiciones tanto en el mundo privado como en el mundo laboral. La propia complejidad que plantean los actores en relación a la situación de las mujeres en relación a la *economía del cuidado*, hace muy dudoso que pueda resolverse

únicamente liberando escaso tiempo en el cuidado no remunerado. Por otra parte, al pensar a los hombres en el cuidado, los actores los involucran en tareas que se interpretan placenteras y donde podrían estar motivados a “participar”, reproduciendo en los discursos esencialismos en las relaciones de género. Hay espacio para que los hombres cuiden donde es agradable cuidar, este *ideal normativo* del cuidado infantil placentero evita a su vez, visualizar el costo que tiene para las mujeres el cuidado de la infancia.

En lo que refiere a las personas con dependencia se establece una doble categoría que está en tensión en los diferentes discursos, por un lado se ubica a las personas que requieren cuidados como sujetos de derechos, y por otro lado discursos que los ubican en objetos de protección social. Es importante prestar atención a esta doble categoría que interpreta a las personas que reciben cuidados desde la autonomía a la vulnerabilidad. Donde la edad y la discapacidad parecen ser elementos importantes que pivotean en la pérdida de la categoría de sujeto.

Respecto a las personas mayores, se establece un perfil de priorización que establece consideraciones que por sí mismas no presentan una demanda de cuidados, como por ejemplo edad y composición del hogar. Tampoco queda claro donde se ubica la demanda de cuidados, si en el nivel de dependencia funcional, o en la falta de una red de apoyo e ingresos que permitan comprar en el mercado servicios de cuidado. Se considera la vejez, como una categoría homogénea y asociada a la vulnerabilidad. Cuidar las personas viejas en un plano subjetivo se presenta como desgastante, y en un plano social como un gasto que no tiene un retorno para el Estado.

En cuanto a las personas con discapacidad, si bien se establece una diferenciación sustantiva entre la dependencia y la discapacidad, por momentos las fronteras parecen borrosas. La discapacidad presenta una gran variabilidad a la interna de la población que implicarían prácticas de cuidados que se adapten a estas situaciones como por ejemplo acciones vinculadas a la accesibilidad y la promoción de autonomía y no sólo a la atención directa de la dependencia. Sin embargo, una respuesta exclusivamente de apoyo centrada en el cuerpo de la persona con discapacidad, no parece incorporar la visión de autonomía tan mencionada en los principios de la política.

El cuidado en la infancia es en la única dimensión donde se lo asocia a afecto, desarrollo, inversión y articulado a la educación. Sin embargo, el desarrollo infantil se

entiende como un componente fundamental y directamente asociado a una lógica economicista y de rentabilidad social, las acciones de cuidado serían una inversión que presentaría un mayor crecimiento para el futuro del país.

En el cuidado en la infancia a diferencia de otras poblaciones, se piensan criterios de profesionalización para la persona que cuida. Aunque es pensada sólo para niños/as sanos y con una dependencia vinculada al desarrollo, los cuales pueden salir del hogar para recibir los cuidados, nada se especifica de niños/as que en su etapa de desarrollo requieren cuidados vinculado a la presencia de enfermedades prolongadas, o enfermedades crónicas y que quizás no podrían salir de su domicilio. Parece ser que mientras el cuidado de niños/as se piensa en el espacio público, el cuidado de personas mayores y con discapacidad se piensa en el espacio privado.

Se establecen grandes contingentes de población en base a la edad o discapacidad, pero a la interna de los grupos comienzan los problemas para identificar las personas prioritarias. Los actores reconocen la dificultad para establecer estas definiciones debido a una falta de información estadística sobre dependencia. Pero si a esto le asociamos que también falta una definición clara de un modelo de política pública, donde no se establece cuales son los límites y los alcances en el abordaje de un Sistema de cuidados, la situación se vuelve más difícil de delimitar.

Una política de cuidados

Se especifica la puesta en funcionamiento de una política que tendrá rango de Sistema Nacional, pero no se establece quienes tomarán las decisiones y cómo las tomarán, lo cual es un elemento central para el funcionamiento de una política pública en el nivel que se plantea. Nada tampoco se especifica sobre algunos elementos respecto al modelo de financiamiento, más bien se expresa la falta total de acuerdo que ha evitado trabajar directamente en el tema.

La definición de una política pública, debe establecer los criterios mediante los cuales gestionará, financiará y regulará la materia de la política en cuestión, sin embargo, estos aspectos aparecen muy poco clarificados. El modelo de gestión y financiamiento hace a los criterios ideológicos en los que estará cimentada la política, y son los elementos que nos indican:

- dónde se determina la población receptora,
- cuál es el alcance en cobertura,
- quién financia el sistema,
- las prestaciones que se van a dar,
- las actuaciones y competencias de la autoridad del sector.

La OMS (2009) define para el área sanitaria que una política organizada en el marco de un sistema, hace al conjunto de acciones que se relacionan con la prestación de servicios del sector, la población específica a quienes van dirigidas esas acciones, y como se viabiliza el acceso y utilización adecuada de dichos servicios. La coordinación de una política de esta envergadura implica cada una de las acciones que incluyen la formación de los trabajadores, los recursos económicos y la regulación del dispositivo de respuesta tanto oficial como no oficial que implica al sector.

Tomando este correlato como ejemplo, se debería interpretar que pautar el cuidado como un derecho que será administrado mediante la creación de un Sistema Nacional de política pública, requiere establecer criterios claros respecto a que se pretende gestionar y cómo. Contrario a esto, se plantea muy poca información sobre la administración de un área que los propios actores reconocen nueva y compleja, que involucra distintos sectores como el social y el sanitario, los cuales tienen sus propios desarrollos y lógicas de funcionamiento.

En relación a los objetivos que se plantean para un futuro Sistema de Cuidados, se pone un particular énfasis en las desigualdades de género, y en cómo la política debería generar intervenciones que reviertan este modelo que se ha sostenido sobre las mujeres cuidadoras desde una división sexual del trabajo.

Se reconoce el cuidado como una tarea que tiene fuertes implicaciones en el bienestar y desarrollo social, pero que se ha sostenido desde la inversión de tiempo y recursos de las mujeres, lo cual ha tenido diferentes impactos sociales, económicos, personales y sanitarios. Frente a esto, se debería valorizar el trabajo del cuidado tanto remunerado como no remunerado, liberar tiempo para que las mujeres puedan tener una mayor proyección personal y generar cambios sociales y culturales donde los hombres formen parte del trabajo remunerado y no remunerado del cuidado. A pesar del énfasis que los actores remarcan sobre una determinada concepción en este punto, cabe señalar que se presenta una tensión interna respecto a cómo se establece la coherencia de estos aspectos con las definiciones que se van acordando.

Como ya mencionara anteriormente, hay un discurso que si bien toma el problema del cuidado desde una perspectiva vincular, está en puja con otra visión que sostiene el cuidado asociado al concepto de dependencia y como sustrato orgánico e individualizado. Si esta tensión no se resuelve, priorizando las dimensiones de género y desigualdad social asociadas al cuidado, habrá muy poca capacidad de llevar a la práctica los objetivos tan ambiciosos enunciados.

Esta misma dificultad queda planteada respecto a los aportes que los actores esperan de un Sistema de Cuidados. Nuevamente el énfasis se ubica en revertir la desigualdad social de las mujeres que cuidan, ampliar la matriz de protección social y contribuir al desarrollo y regulación de sectores informales de la economía, fundamentalmente en el área del trabajo remunerado del cuidado. Los cometidos que se mencionan implican una batería de acciones públicas que requieren acuerdos políticos para lograr verdaderos impactos.

Se puede apreciar que hay una distancia en el desarrollo conceptual del problema y el nivel de respuesta pensado, corriéndose el riesgo que ciertos componentes que se mencionan trascendentes para comprender el problema del cuidado, queden ubicados exclusivamente desde un aspecto meramente enunciativo.

Los propios actores reconocen dificultoso el logro de objetivos tan ambiciosos, estiman que para avanzar deben lograr resolver acuerdos que vayan más allá de las prestación de servicios, y que hacen al financiamiento de la política, los marcos regulatorios del sector y la articulación con áreas estratégicas como salud, empleo y educación.

Otro elemento llamativo en el proceso de definición de un Sistema de Cuidados, es que mientras se establece el cuidado como un derecho, que debe ser garantizado por el Estado y apostar a un marco amplio de consideraciones e inclusión de distintas poblaciones afectadas, por otro lado, se define como inviable poner en práctica acciones que den respuesta a la multiplicidad de los problemas señalados. Ante esto, se plantea la construcción de criterios precisos y concretos que organicen la selección e ingreso de la población a una política de cuidados. Y si bien, para la puesta en práctica del Sistema, se pone el énfasis en la prestación de servicios públicos, entendiendo esto como la gran apuesta del sector, también se identifican la falta de capacidades instaladas para la instrumentación de servicios, por lo cual se menciona que las posibilidades serán bastante restrictivas en el mediano plazo.

Es de destacar la presencia de una serie de motivos muy amplios, ubicados en grandes áreas como la protección de derechos, la desigualdad social, la distribución sexual respecto a las tareas de cuidado y la conceptualización de la dependencia, que se integran en la agenda a modo de reconocer y visibilizar la mayor cantidad de elementos de conflicto y vulnerabilidad en torno al cuidado.

Se puede apreciar un intento por incluir el mayor nivel de demandas posibles en relación a grupos de población como las personas mayores, infancia, las personas con discapacidad, las mujeres ocupadas en el sector remunerado del cuidado y las mujeres que cuidan desde el ámbito no remunerado. Sin embargo, esta agenda tan amplia que implica procesos de organización y acuerdo político específico, presenta serias dificultades de trasladarse a las definiciones concretas de las políticas. Se podría sospechar que los actores no seleccionan unas prioridades por sobre otras, ya que esto presentaría costos políticos al inicio de un proceso que busca legitimarse a partir de ubicar el cuidado como un problema social relevante en el país. El resultado por lo tanto es ampliar la agenda, para generar mayor visibilidad y repercusiones públicas, sin embargo elementos presentados en principios que son tan amplios y costosos parecen tener serias dificultades de ser trasladados a acciones concretas. Se plantea así un dilema político, principios amplios para lograr legitimidad, pero que presentan problemas de viabilidad.

Llama la atención que los actores esperan casi mágicamente un proceso de respuesta que la política pueda dar a todos los problemas de la economía del cuidado. Pero también al mismo tiempo reconocen la enorme dificultad de poner en marcha una política como la que definieron en el *referencial*. Sin embargo esta tensión es casi *forcluida* en el sentido lacaniano, no puede ser reconocido lo irrecuperable. Los actores saben que la política no es viable en la ampliación que han determinado, pero cuando la piensan la representan sin renunciar a nada, como si la propia política en sí misma pudiera sortear los obstáculos y resolver por sí sola todos los problemas.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta los aspectos planteados, entiendo pertinente mencionar una serie de recomendaciones que puedan contribuir a revisar las tensiones presente en los discursos referidos a la definición de un Sistema de Cuidados entre 2010-2012.

- Considero que las categorías subjetivas referidas a la población destinataria de la política de cuidados que fueron planteadas al inicio del proceso, deberían ser revisadas. Se presentan enunciados sobre las distintas poblaciones que carecen de profundidad en el análisis, y reproducen estereotipos y prejuicios sociales que pueden incidir en las acciones que se definan hacia las personas que demandan cuidados y quienes cuidan.
- Los principios establecidos para un Sistema son demasiado ambiciosos de acuerdo al análisis que los propios actores identifican respecto a la viabilidad para darles cumplimiento. Sería importante revisarlos y ajustarlos a metas más reales en el mediano plazo, teniendo en cuenta la situación institucional y los recursos que presenta Uruguay.
- Debería avanzarse en un acuerdo político inmediato que defina elementos presupuestales y de gestión respecto a una política de cuidados, con el objetivo de conocer las posibilidades y límites que se presentan para comenzar con una política de cuidados.
- Entiendo que es fundamental una revisión de los compromisos asumidos en la agenda de gobierno respecto al problema social del cuidado. Si bien cada una de las poblaciones identificadas presentan demandas urgentes a resolver, sería más efectivo en una primera etapa abordar una línea de trabajo transversal y no trabajar cada grupo en forma particular.
- Se deberían priorizar acciones destinadas a abordar la problemática de las mujeres que cuidan en el trabajo remunerado y no remunerado, en el entendido que trabajar políticas activas de formación, corresponsabilidad, marcos regulatorios laborales, impulsar la formalización y mejoras salariales del sector de servicios de cuidado, no sólo mejoraría la protección de derechos

de las mujeres, sino que se lograría impactar en la calidad del cuidado de todas las poblaciones.

- Sería recomendable revisar la definición de cuidados que se piensa instrumentar para un futuro Sistema, ya que de cómo se define el cuidado, será el tipo de respuesta pública que se instrumentará. La definición que se plantea sólo considera a los cuidados que se brindan en forma directa a las personas y no toma en cuenta las actividades de tipo instrumental vinculadas al trabajo doméstico que hacen posible el cuidado.

Referencias bibliográficas

- Aguirre (2005) Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay
- Aguirre, R.; Batthyány, K. (2005). El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género. Universidad de la República. UNICEF. Montevideo. Uruguay.
- Andrenacci, L. y F. Repetto (2006) Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Washington, D.C.
- Arroyo, María (2009) Dependencia y cuidados en la vejez avanzada de hombres y mujeres en la ciudad de Durango. Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades PhD thesis, UANL. Mexico. Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/2808/1/Tesis_Mar%C3%ADa_Concepci%C3%B3n_Arroyo_Rueda.pdf
- Batthyany, K. Genta, N., Perrotta, V., (2013) El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. CEPAL. Santiago de Chile
- Batthyany, K. Genta, N., Perrotta, V., (2012) La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. CEPAL. Santiago de Chile
- Batthyany, K. (2001) El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas. En Aguirre y Batthyány (comp.) *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*. AUGM-CINTERFOR-OIT-UDELAR, Montevideo, julio 2001.
- Berriel F, Paredes M, y Pérez R (2006) Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En: López, A. (Coord., 2006) *Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo*. Montevideo: Trilce. Cap. 1, pp. 19 - 124.
- Berriel, F. (2007) La vejez como producción subjetiva. En: *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

- Berriel, F. (2010) Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay. En *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Observatorio de Envejecimiento y Vejez. NIEVE. UNFPA. Montevideo.
- Berriel, F. (2003) Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mat. Mim.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2005a) Imagen del cuerpo en diferentes franjas etarias. En: *Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología (2005) Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. Buenos Aires. Ediciones de la Facultad de Psicología de la UBA. T. III, pp. 254-256.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2005b) Imagen del cuerpo y representación social de familia, trabajo y salud en el proceso de envejecimiento. Informe de investigación. Montevideo. Facultad de Psicología-CSIC. Universidad de la República. (Mimeo.)
- Burin, M.; Meler, I. (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Bs. As.: Paidós
- Butler, J. (2012) Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Bs.As, Paidós.
- Butler, J. (2004) Deshacer el género. Monterrey, México. Una pluma Ediciones.
- Carbajal, M.; Lladó, M. (2009) Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. Para las conclusiones del Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. *"Envejecer... un proceso de todos". En busca de la equidad generacional*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (Eds.) (2011) El trabajo de cuidados. Historia, teorías y Políticas. Madrid: La Catarata
- Castoriadis, C. (1983, 1989) La institución imaginaria de la sociedad, volumen 1: Marxismo y teoría revolucionaria. Volumen 2: El imaginario Social y la Institución. Barcelona, Ed. Tusquets.

- Coffey, A.; Atkinson, P. (2003) Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- Covas, S., Maravall, J. Bonino, L. (2009). Los Hombres y el Cuidado de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Observatorio de Salud de las Mujeres. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
- Deleuze, G (1987) Foucault. Ed. Paidós. Bs. As.
- Fernández, A. M. (1994) La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Bs. As.: Paidós
- Fernández, A.M. (2007) Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Colección Sin Fronteras. Ed. Biblos. Buenos Aires
- Fineman, M. (2006). "Dependency and Social Debt", en Grusky, D., y England, P. (eds.), Poverty and Inequality. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, M. (1980) *Microfísica del poder*, Editorial La Piqueta, Madrid,
- Foucault, M. (1989) Vigilar y Castigar. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.)
- Foucault, M. (1999). Estética, Ética y Hermenéutica. Obras esenciales, volumen III. Ediciones Paidós. Ibérica S. A. Barcelona. España.
- Foucault, M. (2012) El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida. Siglo Veintiuno. Argentina.
- Godoy, O. (2014) Analítica del poder en torno a Michael Foucault. Ed. Estudios Públicos. México
- Krippendorff, K. (1990) Metodología de análisis de contenido. Paidós. Barcelona.

- García, M., Mateo, I. Eguiguren, A. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* [online]. 2004, vol.18, suppl.1, pp. 132-139. ISSN 0213-9111. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/ga/v18s1/03sistema.pdf>
- Gil Rodríguez, Eva Patricia (2002) ¿Por qué le llaman género cuando quieren decir sexo? Una aproximación a la teoría de la performatividad de Judith Butler. *Athenea Digital*, 2. Recuperado de: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Gil.pdf>
- González Rey, F. (2000) Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos. México. International Thomson Editores.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., Blein, L., & Olazabal, I. (2012). Baby Boom caregivers: Care in the age of individualization. *The Gerontologist*, 52, 210–218. doi: 10.1093/geront/GNR140
- Haraway, Donna (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y Sociedad*. 30, 121-163.
- Harding, S. (1987). Is There a Feminist Method?. En Sandra Harding (de) *Feminism and Methodology*. Bloomington/ Indianapolis: Indiana University Press. Recuperado de: http://scholar.google.com.uy/scholar?start=20&q=epistemolog%C3%ADa+feminista&hl=es&as_sdt=0,5
- Jelin, E. (1998) Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Jelin, E. (2007) Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. En: Arriagada Irma (coord.) *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*. CEPAL-UNFPA, 2007. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/31999/LP96_Familia_lcg2345.pdf
- Jobert, B. y Muller, P. (1987). *L'État en action*. París : PUF
- Jobert, B. (1994) El Estado en Acción: La Contribución de las Políticas Públicas. En: *Revista Ciencia Política*. III trimestre *Sine Loco*
- Jobert, B. (2004) Estado, Sociedad, Políticas Públicas. Presentación y Traducción de Raúl Urzúa Frademmann. Cátedra UNESCO de Políticas Públicas. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Ediciones LOM.

- Lahera, E. (2002) Introducción a las Políticas Públicas. Editorial Fondo de Cultura Económica. Serie colección Brevarios.
- Le Breton, D. (1995) Antropología del cuerpo. Nueva visión, Buenos Aires.
- Lewkowicz, I. (2004) Pensar sin Estado, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- López, A. (2006) Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo. Montevideo: Trilce.
- Murillo, S. (2003) “*Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres*”. En: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Emakunde. SARE. Instituto Vasco de la Mujer.
- Neugarten, B. (1999). Los Significados de la Edad. Barcelona: Herder.
- Pérez Sedeño, E. (2008). Mitos, creencias, valores: cómo hacer más «científica» la ciencia; cómo hacer la «realidad» más real. Isegoría. *Revista de Filosofía Moral y Política*, 38, 77-100
- Pérez, A. (2006) Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, núm. 5, pp. 7-37.
Recuperado de http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Porta, Luis y Silva; Miriam (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa [en línea]. Recuperado de: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> (recuperado en agosto 2012)
- Provoste, P. (2003). “*Los cuidados domésticos e institucionales de salud y enfermedad provistos por las mujeres*”. En: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.
- Roe, E. (1994) Narrative Policy Analysis. Durham and London: Duke University Press.
- Roth, A. (2008, julio-diciembre). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 67-91.
- Saraceno, C. (1995), “A dependencia construida e a interdependencia negada. Estructuras de género de ciudadanía”. En: O Dilema de Ciudadanía. (Comp) Bonacchi, M. e Groppi, I. UNESP.

- Serrano, C. (2005). La política social en la globalización. Programas de Protección en América Latina, Serie Mujer y Desarrollo, N0. 70, Santiago de Chile.
- Vallés, M. S. (2003): Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis
- Vázquez Sixto, Félix. (1996). El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona
- Weber, Max. "El Político y el Científico". Madrid. Alianza Editorial. Edición 2001.
- Yin, Robert K. "Investigación y estudio de Caso: Diseño y método". Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 1994.

ANEXO