

La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil

Karina Batthyány, Natalia Genta, Valentina Perrotta.
Autor referente: kbatthyany@cienciassociales.edu.uy

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República

Historia editorial

Recibido: 28/08/2013

Aceptado: 04/04/2014

RESUMEN

El presente artículo presenta los principales hallazgos del módulo cualitativo del proyecto “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados: preferencias de la población y propuestas para el cuidado”, que indagó sobre las claves del saber experto en cuidado infantil y sus implicancias de género. Se indagó en los discursos de profesionales de la psicología, psiquiatría, pediatría y

educación así como de decisores/as en materia de infancia y cuidados. Partiendo de la gran influencia que tiene el saber experto en las prácticas de las familias y de las políticas públicas, este artículo presenta la diversidad de enfoques que lo conforman, destacando la cercanía o distancia que este saber y sus diversos enfoques mantienen con la perspectiva de equidad de género en los cuidados.

Palabras clave: Género; Cuidado infantil; Discurso Experto.

ABSTRACT

This article presents the main results of the qualitative module of the project “Towards a National System of Care: social representations and proposals for the care” which main objective was to understand the keys to child care expert discourse and its gender implications. The study explores the discourses of professional from psychology, psychiatry, pediatrics and education as well as

decision makers to childhood and care. Based on the great influence of child care expert discourse in family practice of care and public policy, this paper presents the diversity of approaches and the distance or closeness it have with the perspective of gender equity in care.

Keywords: Gender; Childcare; Expert discourse.

Este artículo presenta los principales resultados del módulo cualitativo del proyecto “Hacia un Sistema Nacional de Cuidados: preferencias de la población y propuestas para el cuidado” coordinado por la Dra. Karina Batthyány, llevado adelante durante 2011 y 2012, por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, en coordinación con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, y financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

El módulo cualitativo de esta investigación, se propuso indagar las claves del buen cuidado infantil en base al saber experto, y analizarlas desde la perspectiva de género. Profundizar en las representaciones sociales, en este caso las de los y las expertas en cuidado infantil, permite reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas de género, que orientan los comportamientos. Partiendo de la gran influencia que tiene el saber experto sobre la infancia en las representaciones y decisiones de las familias, así como en las de la política pública, el discurso experto resulta de mucho interés para el estudio sociológico y particularmente para la perspectiva de género. Por tanto, se buscó dar cuenta de los significados presentes en el discurso experto que refuerzan estereotipos de género en el cuidado infantil, así como de aquellos que posibilitan una transformación de los roles asignados a partir de una distribución más equitativa del cuidado.

Para alcanzar este objetivo, se realizaron 20 entrevistas en profundidad con expertos y expertas en infancia de diversas disciplinas como la psicología, la psiquiatría infantil, la pediatría, la educación, así como autoridades de las políticas de infancia de las áreas salud, educación y desarrollo social. Las dimensiones de análisis abordadas que incluiremos en este artículo, abarcan la definición del buen cuidado o cuidado de calidad, los ámbitos preferenciales para el cuidado (familias, centros infantiles, cuidadoras remuneradas), y el rol de los padres y las madres en el cuidado infantil.

Tres enfoques del cuidado infantil en el saber experto

Uno de los hallazgos principales de este estudio, es la identificación de tres enfoques dentro del saber experto a la hora de definir el cuidado de calidad y sus dimensiones centrales, en los que se identifican énfasis diferenciados así como diversas posturas sobre el ejercicio del derecho a cuidar desde una perspectiva de género y derechos.

En primer lugar, encontramos el enfoque que llamamos “psicológico- educativo”, proveniente de la psicología, psiquiatría y educación, luego se encuentra el enfoque “médico” y un tercero denominado “político”, proveniente de los/as actores con poder de decisión en las políticas públicas de infancia. Importa destacar que no se trata de enfoques cerrados o perfectamente coherentes, o de enfoques que se encuentran en estado puro en la realidad. Estos enfoques son construcciones analíticas a partir de grandes regularidades a modo de tipos ideales que permiten comprender mejor el saber experto. En este sentido, los/as entrevistados/as se mueven en mayor o menor medida entre ellos, presentando contradicciones naturales en un mismo discurso y en una misma disciplina. De esta manera, los nombres con los que denominamos a los tres enfoques no se corresponden exactamente con las disciplinas, sino que seleccionamos estos nombres por designar mejor las características que queremos destacar en los tres casos y no a partir de una correspondencia directa con las disciplinas.

El enfoque “psicológico-educativo”

El enfoque “psicológico-educativo” es el más problematizador a la hora de las definiciones conceptuales o de las recomendaciones para el buen cuidado. En este sentido, este enfoque es de los tres el más enfocado en lo singular, evitando las generalizaciones o recomendaciones para toda la población. Es también el que aparece más cercano a la perspectiva de género, dado que logra problematizar los estereotipos de género reconociendo la heterogeneidad de situaciones familiares así como la importancia del varón en el cuidado infantil. Por otra parte, es el enfoque más profundo y denso conceptualmente, permitiendo un análisis más vasto. El enfoque psicológico-educativo hace un fuerte hincapié en que el cuidado debe garantizar la seguridad emocional del/la niño/a, generada a través de los vínculos con los adultos/as referentes. Esta condición es percibida como decisiva para el desarrollo infantil.

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

La importancia que se desprende de los discursos respecto a los vínculos que se establecen con el/la niño/a en esta etapa, está muy vinculada a quiénes son las personas que deben desarrollar este vínculo. Aquí encontramos muy presente en el discurso psicológico el concepto de apego. Un aspecto interesante desde la perspectiva de género -y consensuado en el discurso de los/as entrevistados/as psicólogos/as- es que la figura de apego puede desarrollarse con más de una figura adulta. Esta posibilidad, involucra a otros/as adultos/as responsables del cuidado como los padres varones, permitiendo compartir el cuidado directo con la madre,

desde una posición que no coloca toda la responsabilidad en el rol materno, sin desconocer su importancia.

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

Esta noción de seguridad emocional, se logra a partir de vínculos estables en el tiempo con pocos/as adultos/as referentes. La seguridad emocional, que adquiere un rol fundamental en esta etapa debe darse tanto si el cuidado es desarrollado en el hogar o en un centro infantil. Desde este discurso, la centralidad está puesta en los vínculos de calidad y la seguridad afectiva más que en una definición a priori de quiénes deben ser los/as adultos/as o los espacios ideales de cuidado. De esta manera, no se da por sentado que los padres o que las familias sean el ámbito seguro por naturaleza sino que el buen cuidado dependerá de los vínculos seguros que se establezcan con el/la niño/a.

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

La importancia de que el niño/a establezca vínculos seguros con adultos o adultas referentes también está asociada a la coherencia en el cuidado, a que el niño/a pueda integrar un estilo de cuidado que no presente variaciones constantes. La posibilidad de integrar este cuidado seguro se da a partir de cuidados coherentes, repetitivos,

estables afectivamente donde se remarca la integralidad del mismo, en contraposición a un sujeto que nace no integrado psíquicamente.

Por lo tanto, este cuidado seguro puede brindarse tanto en el hogar como en un centro infantil siempre que reúna ciertas características. En este sentido, este discurso al centrarse en otros factores como la estabilidad del/la referente/a y no en el vínculo familiar, también abre posibilidades para compartir el cuidado con centros infantiles, relativizando el rol insustituible que tendrían madres, padres o familiares en el cuidado. La idea de que sólo las familias pueden garantizar el cuidado de calidad para los/as niños/as pequeños/as está muy presente en la población uruguaya, tal como lo evidencia la Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado (Batthyány, Genta, y Perrotta, 2012), que muestra una fuerte presencia del “familismo” en las situaciones ideales que la población expresa para el cuidado infantil. Recordemos que alrededor del 65% de la población opina que la situación ideal para el cuidado infantil de los niños/as menores de dos años es que familiares cercanos proporcionen el cuidado, lo cual como es sabido recae en que las mujeres de las familias asuman la mayor carga del cuidado.

De esta manera, el discurso psicológico-educativo habilita otras posibilidades de cuidado de calidad, al destacar que lo que determina el buen cuidado son los vínculos seguros que pueden ser desarrollados con otros adultos/as referentes incluso con cuidadores/as remunerados en domicilio o que trabajen en centros infantiles. Queremos destacar la posibilidad de compartir el cuidado infantil que brinda este enfoque donde está presente la participación de varios sujetos en el cuidado. El cuidado deja de ser exclusivamente familiar, exclusivamente materno, para ser asumido por otros actores, donde está también incluido el Estado. El compartir el cuidado no significa sólo dedicar algo tiempo al mismo, sino asumir como otro actor su responsabilidad.

En este sentido es que decimos que este discurso se muestra más cercano a la perspectiva de género, posibilitando otras opciones de cuidado infantil al mismo tiempo que otros ámbitos de desarrollo para las mujeres. Otra de las claves del buen cuidado infantil desde el enfoque psicológico educativo es la dimensión afectiva del cuidado. Como es sabido, la noción de cuidado abarca al menos tres dimensiones: la dimensión material que implica un “trabajo”, la dimensión económica que implica un “costo”, y la psicológica que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. Esta tercera dimensión, es la más destacada en el discurso experto proveniente de la psicología y educación, como dimensión central del cuidado de calidad. En el cuidado brindado en el ámbito familiar, las dimensiones afectivas como el amor, la compasión o la gratitud y las dimensiones morales como el deber, la abnegación o el sacrificio, adquieren una cualidad distinta dado que intervienen factores normativos. Desde la perspectiva de género resulta muy relevante subrayar esta dimensión del cuidado remarcada por el discurso psicológico-educativo, en este momento donde se está diseñando la política pública del cuidado, dado que el aspecto afectivo debe considerarse en todas las etapas de implementación de la misma.

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

En esta cita aparecen varios aspectos que son relevantes de destacar en este análisis. En primer lugar se otorga una fuerte centralidad al afecto en el desarrollo infantil, del cual depende el desarrollo vincular, afectivo y psíquico del niño/a. Por otra parte aparece la idea de contención y de sostén, que nos parece clave visibilizar dado que este aspecto suele ser subvalorado en lo que refiere al esfuerzo que implica para la

persona que cuida. Retomando a Hochschild (1990) (citado en Batthyány, 2009) el cuidado se define como un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico, para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto, para esta autora cuidar a una persona es hacerse cargo de ella. Así, el cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se pueden considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo donde las mujeres ponen mucho más que naturaleza en el cuidado: sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo.

La subvaloración del esfuerzo que implica el cuidado viene dada por el hecho de que la afectividad suele estar asociada a la naturaleza femenina, a una cualidad innata de las mujeres que no les exige demasiado esfuerzo. Claramente esta asociación se observa en la frase *“es lo que hace cualquier mamá”*. Lo que está detrás de esta afirmación es que el hecho de ser madre implica necesariamente saber cuidar y hacerlo con afecto. En este caso, el hecho de asociar naturalmente la afectividad a cualquier mamá, hace muy difícil pensar en otros/as cuidadores/as posibles, ya que se asume como dada la sabiduría y capacidad de las mujeres madres de cuidar con afecto. Como hemos mencionado, la tendencia observada en este enfoque es a distanciarse del imprescindible cuidado maternal, asumiendo que el padre u otras figuras adultas cercanas pueden también ejercer esta función.

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

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

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

Otra dimensión central del buen cuidado, por psicólogos/as, psiquiatras y educadores/as es la singularidad de cada niño/a y la de su familia.

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

Este punto tiene especial relevancia a la hora de pensar en los cuidados de calidad que puedan ofrecer los centros infantiles ya que está fuertemente vinculado a la cantidad de adultos por niño/a en cada centro, si bien abarca también otros aspectos.

La importancia de respetar la singularidad de cada niño/a también implica pensar en las ofertas de cuidado que mejor se adapten a esta singularidad y a la realidad familiar. En este sentido, se problematiza la idealización y la solución de política masiva aplicada a toda la población, contrapuesta a una propuesta personalizada.

El enfoque médico

El enfoque médico, sobre todo el de los y las pediatras no psiquiatras, tiende a ser más dogmático, y es aquel que presenta mayor homogeneidad. Este discurso se presenta más rígido en comparación con el que denominamos psicológico-educativo, en el que suele aparecer un nivel mayor de flexibilidad. En este enfoque, a la hora de las recomendaciones sobre el buen cuidado así como en la de definición del mismo, la centralidad está puesta en los aspectos sanitarios del cuidado: el garantizar la lactancia materna y la prevención de enfermedades

La centralidad que tiene para este enfoque la lactancia materna, y las recomendaciones acerca de la importancia de que los/as niños/as menores de dos años permanezcan cuidados en el hogar, para prevenir enfermedades, lleva a que este enfoque sea más “familista” que el anterior, y que sea entonces menos habilitador para la perspectiva de género y derechos, dado que refuerza en mayor medida que el anterior los roles de género tradicionales, manteniendo a las mujeres como principales cuidadoras.

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

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

Como observamos en la siguiente cita, los componentes centrales del cuidado para el enfoque médico no son los mismos que para el enfoque psicológico educativo, en el que se remarcaba la importancia de la afectividad y los vínculos estables. En este

caso, el enfoque médico destaca la promoción de hábitos como elemento central del cuidado, despersonalizando el vínculo entre cuidador/a – niño/a.

La anterior cita deja la impresión de que la importancia del/la cuidador se basa en un saber que hay que transmitir al niño/a, pero no incluye la afectividad como aspecto central. Por otra parte, este enfoque a diferencia del anterior, no enfatiza en la singularidad de cada niño/a y en los procesos individuales, sino en la generalidades que presentan todos/as los niño/as según su edad. En este sentido, se trata de un enfoque que se centra en las regularidades más que en las singularidades, por lo que tampoco se observa un énfasis en el proceso de construcción del sujeto como en el enfoque anterior.

“Los componentes del cuidado siempre son los mismos, solo dependen del grupo etario: promoción de hábitos saludables, promoción del aseo, prevención de accidentes, estimulación oportuna para el desarrollo integral. Van cambiando en función de la edad.” (Varón, profesional de la salud)

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

En este punto, es relevante señalar que según evidencia la Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado (Batthyány, Genta, y Perrota, 2012) si bien un tercio de la población consulta en primer lugar a sus madres sobre los aspectos de crianza, la cuarta parte de las mujeres consulta en primer lugar a los médicos o

personal de la salud, lo que muestra el lugar de privilegio que tiene este saber en las prácticas y representaciones del cuidado infantil.

El enfoque político

El enfoque de los /as decisores de política pública o expertos/as en políticas de infancia focaliza en aspectos macro de la política en construcción, siendo menos problematizador respecto a la conceptualización sobre el cuidado infantil. Al indagar acerca de los significados del cuidado de calidad en los niños/as, las respuestas se centran en las grandes decisiones que se están discutiendo en el marco del Sistema de Cuidados.

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

Por otra parte, en este enfoque se observa al cuidado como inversión social, más que como derecho de las todas las personas. Se aprecia una visión del cuidado que podríamos llamar economicista, que basa su interés en los frutos que tendrá la implementación de una política de cuidados en la reducción del gasto futuro debido a que la sociedad afrontará menores costos. En este sentido, desarrollar políticas de cuidado contribuirá a afrontar de mejor manera los grandes problemas sociales presentes, y por tanto es racional invertir en ellas. Es en este sentido que señalamos que no hay una conceptualización del cuidado como derecho que el Estado debe garantizar porque es su deber, sino más bien una visión instrumental donde el Estado debe afrontar estas políticas con la finalidad de solucionar futuros problemas.

“En el grupo de 0 a 3 años es donde se gana el partido, donde la inversión tiene su mayor fruto en el futuro, las oportunidades que no le das al chico son oportunidades que muchas veces dejan marcas para el resto de la vida”. (Varón, autoridad salud)

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

En este caso, es importante tener en cuenta que las decisiones últimas sobre la política de cuidados recaen en estos actores, por lo que es crucial identificar cómo dialoga este enfoque con la perspectiva de género y derechos. Del análisis de este enfoque, parece presentarse cierta dificultad para que la perspectiva de género y derechos esté garantizada en el marco de estas macro decisiones centradas en la reducción de costos y problemas futuros, y no en los sujetos del cuidado. Este enfoque podría incidir en la definición de políticas que resuelvan las necesidades de cuidado de la población desde un supuesto ideológico de protección a las madres y no de garantía de derechos. Estos serían los supuestos ideológicos de un régimen familista de provisión del bienestar (Aguirre, 2008) De esta manera, podrían desarrollarse estrategias de conciliación trabajo y cuidados pero que mantengan la responsabilidad del bienestar familiar en las familias, así como la división sexual del trabajo a partir de políticas subsidiarias. En otro sentido, abordar los cuidados como derecho y desde un modelo desfamiliarizador implica asumir la responsabilidad del Estado como garante de este derecho, siendo la unidad del beneficio el individuo (ciudadano o ciudadana) y no las familias.

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

De acuerdo con esta concepción, el cuidado es un derecho universal, y no un derecho particular, de mujeres que cuidan o de grupos de personas dependientes. Así, Pautassi (2010) señala que no se trata de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino de reconocer la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad.

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

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

El cuidado familiar

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

Una tendencia que aparece con claridad es la de otorgarle a las familias ciertas funciones exclusivas. Pero esta tendencia se contrapone con la idea de que cuidadores/as estables y formados/as en el marco de instituciones de calidad pueden también brindar cuidados de calidad. La primera respuesta es asumir que hay funciones que son propias de la madre y el padre, pero luego, al indagar más sobre éstas, se hace difícil identificar o expresar claramente cuáles son.

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

Si bien existe esta dificultad de mencionar funciones exclusivas de madres y padres, surge con mucha fuerza en el discurso experto, el papel central que tiene el tiempo diario que madres y padres destinan al cuidado directo como elemento de calidad del cuidado. En la siguiente cita se observa cómo aún en el marco de jornadas extensas de trabajo de los padres y madres, se valora muy necesaria la dedicación de éstos/as al cuidado directo. En lo que se resume como “función materna” (que luego es relativizada como función de un/una referente familiar), se expresa una función familiar que aparece como insustituible, donde importa la calidad y la cantidad de tiempo destinado.

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

Por otro lado, observamos cómo si bien se menciona la realidad laboral de padres y madres, al culpabilizar o hacer alusión a quién está fallando en el rol cuidador, se hace hincapié en la madre, evidenciando una mayor asignación de responsabilidad y falta

en el caso de las mujeres que en el de los varones. Claramente esta mayor culpabilización femenina deriva de la división sexual del trabajo que en el caso del cuidado exige de las mujeres el cuidado directo, con dedicación de mayor tiempo que en el caso de los varones. El hecho de que el discurso experto, en este caso el discurso médico, refuerce este mandato de género, tiene su impacto en el comportamiento de las mujeres. Como ha sido evidenciado en las Encuestas de Uso del Tiempo así como en las Encuestas Continuas de Hogares, son las mujeres quienes dedican más tiempo al cuidado de dependientes así como las que se abstienen, retiran o limitan su participación en el mercado laboral para afrontar el cuidado de dependientes con importantes consecuencias en su desarrollo profesional y en su autonomía económica actual y futura.

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

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

económicos, sino también en otros términos –ya sean morales o políticos. De esta manera, señala que el recurso-tiempo no se puede limitar a ser dicho y vivido como un puro recurso *económico*. Es también, y de forma muy principal, un recurso *moral* que no se administra según la lógica de la utilidad, la rentabilidad y el beneficio, sino según las determinaciones de un código en el que priman las distinciones que enfrentan lo que se debe y no se debe hacer, lo que es bueno y lo que es malo.

Así, cuando alguien utiliza su tiempo en los cuidados no lo hace necesariamente sólo según un cálculo de utilidades, sino también en cumplimiento de ciertas normas morales en las que cree o por las que es creído. Esta concepción del tiempo nos es muy útil para comprender la incidencia que el discurso experto, desde su posición de prestigio, tiene en las decisiones de las familias y particularmente de las mujeres a la hora de dedicar tiempo a una u otra actividad. Lo que queremos señalar es que este mandato del tiempo diario de cuidado directo, significa para muchas mujeres un motivo de tensión, dado que existe una imposibilidad real de disponer de tiempo para el cuidado, debido al tiempo que insume el trabajo remunerado así como el resto de las actividades de trabajo no remunerado, que como es sabido está desigualmente distribuido entre varones y mujeres.

Según la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en 2007 en Uruguay, las mujeres destinan en promedio 36,3 horas semanales al trabajo no remunerado mientras que los varones tan solo 15,7; lo que implica que las mujeres invierten más del doble del tiempo que los varones a este trabajo. Por otra parte, las mujeres de las familias en etapa inicial, es decir, aquellas que tienen hijas/os menores de 6 años, son las que presentan el mayor tiempo de dedicación al trabajo no remunerado (57,2 horas semanales promedio). Cabe señalar también que el trabajo no remunerado de las mujeres se incrementa en 28 horas al pasar de la pareja joven sin hijos a la familia en etapa inicial (con hijos/as pequeños/as).

Específicamente respecto al tiempo dedicado al cuidado infantil, la dedicación de las mujeres ronda las 17 horas semanales, mientras que para los varones alcanza las 10 horas semanales promedio (Instituto Nacional de Estadística: INE, 2008). Por tanto, la evidencia indica que el deber ser del cuidado que mandata a las mujeres a encargarse en mayor medida del cuidado directo, tiene un impacto claro en las prácticas de varones y mujeres.

Cuidado en centro infantil, ¿hay una edad adecuada?

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

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

El discurso médico plantea como situación ideal que los/as niños/as concurren a un centro infantil luego de los dos años cuando hayan finalizado la primera dosis de vacunas. El enfoque médico se centra en los beneficios del cuidado en el hogar, asociados a la prevención de enfermedades. En este sentido, nos interesa señalar que la posibilidad del cuidado exclusivo en el hogar durante los primeros dos años de

vida, no es viable para muchas familias y que es muy probable que las mismas vivan esta situación con culpa.

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

Desde el enfoque psicológico-educativo aparece más claramente la relatividad en la postura respecto a la edad de concurrencia de los niños al centro infantil. Se problematiza en mayor medida que en el discurso médico los recursos con los que cuentan las familias para sostener el cuidado familiar, anteponiendo factores como la estimulación, el ambiente saludable, la generación de hábitos, entre otras ventajas de los centros infantiles cuando las familias no cuentan con los recursos para brindar este tipo de contención.

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

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

“En determinadas condiciones de vida sería muy bueno que el niño tuviera la posibilidad de tomar contacto con otros, hay contextos muy pobres y violentos,

necesariamente se va a los espacios sociales más colectivos". (Mujer, profesional de la educación)

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

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

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

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

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

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

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

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

Si bien como se ha señalado hay algunas variaciones respecto a la edad ideal de concurrencia de los/as niños/as al centro infantil, hay consenso en que los centros de cuidado infantil son beneficiosos para el desarrollo de los niños/as así como para quienes asumen el cuidado en las familias. En primer lugar, se señala que el centro infantil ofrece la posibilidad de la socialización y estimulación, que es definida como una necesidad propia del desarrollo infantil. En segundo lugar, los centros infantiles brindan la posibilidad de realizar un trabajo de apoyo a las familias en el que se transmiten pautas de crianza saludables. Los beneficios que aporta el centro infantil dependen también de las características que ofrezca éste, pero también de que estén dadas ciertas condiciones en el desarrollo del niño. Estas condiciones tienen que ver fundamentalmente con la edad y nivel de desarrollo, pero también con haber experimentado una afectividad segura. De esta manera, hay ciertas condiciones afectivas que tienen que estar dadas para que los centros infantiles impacten positivamente.

El cuidado domiciliario remunerado

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

“Con las condiciones necesarias, también lo digo como madre yo opté por esa opción porque es el hábitat del bebé, su siesta, su cunita, sus olores, lo que representan las cosas de sus padres, los libros que miró con la madre el día anterior, está en su micro mundo; Estando las condiciones óptimas, en cuanto a los recursos de los padres para contratar una persona de confianza y estable que esté en su casa, para mi es lo ideal pensando como profesional y como madre”. (Mujer, profesional de la salud mental)

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

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

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

“(...) también un adulto sólo en un hogar con un niño que no habla, es un tema. Si no está preparado, si no hay un control bien hecho. Es un terreno que no lo ve nadie. Solo el que está. Hay que pensarlo mucho. Yo creo que es mejor la institución, en todos los contextos. La empleada doméstica en estratos altos se ha visto de todo. (...)

En términos de políticas, si tuviera que poner el peso en algo, lo haría en lo institucional, yo sé que es más caro, pero sin duda.” (Mujer, profesional de la educación)

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

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

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

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

Reflexiones finales

El objetivo principal de este estudio consistía en comprender los significados del buen cuidado infantil e identificar las dimensiones claves del mismo presentes en el discurso experto. Uno de los hallazgos más importantes es la identificación de tres enfoques diferenciados dentro del discurso experto, con diversas conceptualizaciones y niveles de profundización teórica sobre el cuidado, así como con diversos énfasis respecto a las claves del cuidado de calidad, es un hallazgo de gran relevancia de este estudio. De esta manera, el discurso experto no es homogéneo respecto a los componentes claves del cuidado de calidad, lo cual representa un desafío importante para el diseño del Sistema de Cuidados.

Este estudio también se propuso analizar cómo dialoga el discurso experto con la perspectiva de género y derechos. En este sentido, si bien los tres enfoques presentan diferencias respecto a la cercanía con esta perspectiva, se destacan algunas claves sobre todo en el discurso psicológico educativo que abren la posibilidad del ejercicio del cuidado desde una visión que respeta los derechos de todos los actores involucrados. En este sentido, uno de los aspectos destacados es la centralidad de la dimensión vincular de los cuidados infantiles. En la dimensión vincular quedan incluidos las dimensiones de afectividad, sostén emocional y la habilitación de la construcción del niño/a como sujeto. La posibilidad de establecer vínculos estables y de calidad entre niños/as y cuidadores/as se presenta como uno de los componentes centrales del cuidado de calidad en la primera infancia. Este hallazgo resulta de particular importancia para la perspectiva de género al menos por dos razones.

En primer lugar, la centralidad de lo vincular se desplaza de las familias, ya que el saber experto reconoce la posibilidad del establecimiento de vínculos de calidad con otros sujetos cuidadores que no sean familiares. De esta manera, no ata la función cuidadora exclusivamente a las familias, lo cual permite compartir el cuidado con otros

actores sin que el mismo pierda en calidad. Además de las familias, el cuidado puede ser llevado a cabo con otros actores como los centros infantiles y cuidadores/as remunerados/as y, al mismo tiempo, puede ser compartido entre varones y mujeres.

En segundo lugar, establecer vínculos de calidad conlleva buenas condiciones para ambos sujetos de la relación, por lo que la mejora en las condiciones de quienes cuidan es condición sine qua non del cuidado de calidad. En este sentido, no es concebible un vínculo de calidad, y por lo tanto el cuidado de calidad, si quienes brindan el cuidado no se encuentran en buenas condiciones emocionales, sanitarias, económicas, de realización personal, entre otras. Esta condición se presenta tanto si se trata de cuidadores/as remunerados como de no remunerados, ya sean familiares o no familiares.

Por último, entendemos que desde el enfoque de género y derechos, desde el cual partía este análisis, es necesario destacar la convivencia de visiones más propensas al cuidado compartido y a una distribución más equitativa del cuidado infantil, con la participación de varios actores y basada en la deconstrucción de estereotipos de género, con visiones más rígidas sobre rol materno insustituible en la primera infancia. Desde esta visión más tradicional, se percibe también la falsa contraposición de derechos que opone los derechos de infancia a los de las mujeres, desde una conceptualización del cuidado que desconoce el aspecto relacional del mismo.

Referencias

- Aguirre, R. (2008). El futuro del cuidado. En I. Arriagada (Ed.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Santiago: CEPAL.
- Batthyány, K. (2009). Cuidado de personas dependientes y género. En R. Aguirre (Ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: UNIFEM.

- Batthyány, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2012). La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados. En CEPAL (Ed.) *Serie Mujer y Desarrollo: Vol. 117*.
- Instituto Nacional de Estadística, División Estadísticas Semidemográficas y Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología (2008). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay: Módulo de la Encuesta Continua de Hogares*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf>
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y Derechos: la nueva cuestión social. En S. Montañó, y C. Calderón (Coords.), *El cuidado en Acción: Entre el Derecho y el Trabajo*. Montevideo: CEPAL, AECID, UNIFEM.
- Ramos Torre, R. (2011). Más allá de las cifras: la dimensión teórica y cualitativa del cuidado. En M. Durán (Dir.), *El trabajo de cuidado en América Latina y España: Documento de Trabajo N°54*. Madrid: Fundación Carolina - CeALCI.

Formato de citación

-
- Batthyány, K. Genta, N. y Perrotta, V. (2014). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4 (1), 33-58. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
-