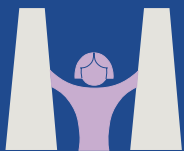




*Congreso  
Internacional  
Iare 2003:  
“Cuidar cuesta:  
costes y beneficios  
del cuidado”*



EUROPAKO ELKARTEA  
COMUNIDAD EUROPEA  
Europako Gizarte Fundoa  
Fondo Social Europeo



EMAKUNDE  
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA  
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Eusko Jaurlaritzako Erakunde Autonomiaduna  
Organismo Autónomo del Gobierno Vasco



---

*Congreso  
Internacional  
Iare 2003:  
“Cuidar cuesta:  
costes y  
beneficios  
del cuidado”*

EMAKUNDE/  
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

y

COMUNIDAD EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO

Vitoria-Gasteiz 2004

**TÍTULO:** Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"  
**EDITA:** EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer. C/ Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz  
**COFINANCIA:** COMUNIDAD EUROPEA. Fondo Social Europeo  
**MAQUETACIÓN Y  
COORDINACIÓN:** Ana Rincón  
**FECHA:** Septiembre, 2004  
**Nº DE EJEMPLARES:** 1.000  
**DESCRIPTORES:** Cuidados infantiles, cuidados a discapacitados, reparto de responsabilidades familiares, protección social, aspectos antropológicos, aspectos económicos, simposios  
**DISEÑO GRÁFICO:** Ana Badiola e Isabel Madinabeitia  
**FOTOMECÁNICA:** Esda Fotocomposición. C/ Padre Larramendi, 1. 48008 Bilbao  
**IMPRESIÓN:** Industrias Gráficas Marcal, S.A. Polígono Industrial Artunduaga. Presagana 1, 1ª Planta. 48970 Basauri  
**ISBN:** 84-87595-96-0  
**DEPÓSITO LEGAL:** BI-2180-04

**Precio: 20 euros**

---

## ÍNDICE

<b>INAUGURACIÓN</b> .....	7
Juan José Ibarretxe Markuartu Txaro Arteaga Ansa	
<b>“EL TRABAJO ASISTENCIAL EN EUROPA: ¿EMPLEO DE CALIDAD?”</b> .....	13
Claire Cameron	
<b>“EL CUIDADO: ¿COSTE O PRIORIDAD SOCIAL?”</b> .....	31
Cristina Carrasco Bengoa	
<b>“CONTENIDOS Y SIGNIFICADOS DE NUEVAS FORMAS DE CUIDADO”</b> .....	39
Teresa del Valle Murga	
<b>“CUIDADO Y SALUD: COSTES EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y BENEFICIOS SOCIALES”</b> .....	63
Mari Luz Esteban Galarza	
<b>“LA DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO GENERADO POR EL CUIDADO DE OTRAS PERSONAS”</b> .....	85
Alicia Garrido Luque	
<b>“EL SÍNDROME DE LA ABUELA ESCLAVA”</b> .....	103
Antonio Guijarro Morales	
<b>“LA ECONOMÍA DE LA ATENCIÓN”</b> .....	109
Susan Himmelweit	
<b>“DEL SEXISMO Y LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUIDADO A SU SOCIALIZACIÓN: HACIA UNA POLÍTICA DEMOCRÁTICA DEL CUIDADO”</b> ...	119
María Jesús Izquierdo Benito	

---

<b>“MUJERES CUIDADORAS: ENTRE LA OBLIGACIÓN Y LA SATISFACCIÓN”</b> . . . . .	155
Marcela Lagarde y de los Ríos	
<b>“CARA Y CRUZ DEL CUIDADO QUE DONAN LAS MUJERES”</b> . . . . .	161
Soledad Murillo de la Vega	
<b>“LOS CUIDADOS DOMÉSTICOS E INSTITUCIONALES DE SALUD Y ENFERMEDAD PROVISTOS POR LAS MUJERES”</b> . . . . .	177
Patricia Provoste Fernández	
<b>“ACERCA DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIAL DE LOS PAÍSES NÓRDICOS: EL EJEMPLO DE FINLANDIA”</b> . . . . .	195
Katja Repo	

---

**JUAN JOSÉ IBARRETXE  
MARKUARTU**

**Lehendakari del Gobierno  
Vasco**

**TXARO ARTEAGA ANSA**

**Directora de  
EMAKUNDE/Instituto Vasco de  
la Mujer**

*Inauguración*





---

En nuestro contexto, y a pesar de que cada vez es mayor el desarrollo de servicios para el cuidado de infancia y de personas mayores dependientes, el círculo familiar continua siendo el principal sostén del cuidado de personas. Y no podemos obviar que el cuidado en el ámbito familiar, al igual que en el profesional y en el voluntariado, tiene cara de mujer.

Como consecuencia de su identidad de género, las mujeres han ido asumiendo prácticamente todo el trabajo de cuidado a personas. Socialmente, este trabajo se asocia a las funciones que corresponden a las mujeres, por lo que se le da carta de "naturalidad".

El hecho de que gran parte del trabajo de cuidado a personas se realice en el ámbito familiar y doméstico lo convierte en un trabajo invisible socialmente. Y como es natural, no exige esfuerzo, no se retribuye y, frente al trabajo productivo, no es generador de derechos sociales.

Sin embargo, el cuidado en el ámbito familiar y doméstico es generador de grandes beneficios sociales, pero también de grandes costes para quienes lo realizan, y, con ello, se convierte en un generador de fuertes discriminaciones hacia las mujeres.

Además, este trabajo de cuidado afecta enormemente la vida de las personas que lo realizan. Por un lado, puede resultar una experiencia satisfactoria en la medida en que permite desarrollar nuevas capacidades y actitudes que nos acercan más a las demás personas y nos permiten sentirnos a gusto. Es una actividad que nos acerca a otras personas y a nosotras y nosotros mismos

Sin embargo, también puede ser una experiencia absolutamente ingrata y solitaria, por la que además hay que pagar un alto coste personal. Y esto se refleja tanto en el ámbito económico-laboral como en el psico-social y en la propia salud de la persona cuidadora. El trabajo de cuidado a menudo es muy solitario. Exige además mucho tiempo y dedicación, por lo que dificulta enormemente las posibilidades de desarrollo profesional, de ocio y relaciones sociales.

En el caso de las mujeres, principales cuidadoras, esto se agrava ya que suelen recibir menos ayuda y apoyo del entorno que los hombres cuidadores, y el tiempo propio se vive a menudo con altas dosis de culpabilidad, como consecuencia del mandato de género que exige a las mujeres capacidad de renuncia y entrega a los demás, aún a costa del propio desarrollo personal, social o profesional.

Más allá de que el trabajo de cuidado sea una experiencia satisfactoria o ingrata, lo cierto es que el cuidado de las personas mayores es una necesidad social y una tarea que merece ser reconocida y valorada socialmente, ya que genera enormes beneficios sociales.

Por ello, no podemos seguir dando por "natural" el trabajo que tantas mujeres realizan cuidando a sus hijas, hijos, esposos, padres, madres, suegros, suegras, etc. Se hace necesario socializar el cuidado, esto es, comprender por un lado que es una necesidad social a la que los poderes públicos deben dar respuestas concretas y, por otro lado, asumir que tanto las satisfacciones como los costes que pueda generar deben ser asumidos por mujeres y hombres de modo corresponsable y solidario.

A pesar de los grandes cambios que se han dado durante el último siglo en relación con la igualdad entre mujeres y hombres (acceso a la educación, derechos sociales, laborales y políticos, etc.) nuestra cotidianidad sigue instaurándose en el sacrificio y la discriminación de las mujeres. Tenemos que asumir, por un lado, que "lo privado es político" y por lo tanto "el cuidado es político" y hay que darle respuesta desde diferentes ámbitos. En este sentido, se hace necesario pro-

---

mover el cambio de mentalidad para que tanto mujeres como hombres sientan el trabajo de cuidado como una responsabilidad propia:

- Desde la educación para que generen actitudes y comportamientos activos hacia el cuidado, no sólo en las niñas, sino también en los niños
- Desde el mundo educativo-socio-sanitario para desarrollar una red de servicios que permita conciliar equilibradamente vida personal, familiar, social y profesional.
- Desde el mercado laboral, para organizar y flexibilizar los tiempos y espacios de trabajo de modo que hombres y mujeres atiendan de modo equilibrado las necesidades de cuidado de sus personas allegadas.
- Desde el reconocimiento del trabajo del cuidado en el marco de los sistemas fiscales y de protección social.

Pero además, el quehacer político debería impregnarse de la filosofía del cuidado. Seguramente esto nos permitiría mayores dosis de empatía, de generosidad y posibilitaría otros acercamientos a la realidad más humanos, solidarios, constructivos y satisfactorios.

Mientras el mundo doméstico y el trabajo de cuidado siga siendo un ámbito exclusivo de las mujeres, porque los hombres no lo asumen también como propio, seguirá siendo invisibilizado y desvalorizado. Y con ello, la sociedad se beneficiará del cuidado de personas a costa de la discriminación de las mujeres, que constituyen la mitad de la misma. Y realmente, ¿merece la pena sus-  
tentar el bienestar de algunas personas en la explotación de otras?

Una respuesta ética, democrática y justa del trabajo de cuidado deberá necesariamente incorporar a los hombres al mismo con iguales niveles de implicación y responsabilidad que las mujeres y, además, deberá poner en marcha mecanismos que contribuyan a la socialización del cuidado, como necesidad social que es. Porque no hay nadie ajeno al cuidado: todos y todas somos potencialmente personas cuidadoras y personas necesitadas de cuidado.

Además, el cuidado debe incorporarse a la agenda política como un ámbito sobre el que actuar y como un modo de trabajo. Se trataría en definitiva, tal como propone Gloria Bonder, de construir una "sociedad del cuidado", en la que sus miembros no sólo gozarán de derechos, sino también deberán asumir obligaciones por el bienestar colectivo. En cierto modo, la construcción de una auténtica ciudadanía supondría trascender la "ética de la justicia", más ligada al modelo de socialización masculino, basada en el respeto a los derechos formales, para avanzar hacia la "ética del cuidado", más afín a la cultura femenina, y que enfatiza la responsabilidad por las otras personas, como un principio central de la conducta social.



JUAN JOSÉ IBARRETXE MARKUARTU  
Lehendakari del Gobierno Vasco

---

Las mujeres han tenido y tienen un papel importante en los procesos culturales y de construcción de los pueblos. Esto ha quedado reflejado en los ritos y la mitología. También en la antigua civilización rural vasca el papel de las mujeres y sus asociaciones secretas han constituido un fenómeno importante.

La red de ancestras (amama-sare) es el precedente de las alianzas que a lo largo de la historia han ido tejiendo las mujeres para apoyarse en el intrincado camino de la vida.

Los encuentros internacionales SARE que organiza EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer, toman su nombre de ese referente de solidaridad que nos dejaron nuestras antepasadas, como homenaje a todas las mujeres que nos han precedido y con el propósito de seguir entretejiendo nuevos espacios solidarios de reflexión que nos permitan abordar con decisión los retos de futuro.

El tema a tratar en este primer encuentro de 2003, "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado", intenta reflejar la aportación social y económica de las mujeres a través del cuidado de las personas y el coste de oportunidades personales, sociales, laborales y económicas que conlleva su realización.

Es decir, el objetivo es analizar el tema del cuidado desde diferentes ámbitos: económico-laboral, psicosocial, social y sanitario, y las consecuencias personales, sociales y económicas de este trabajo realizado fundamentalmente por las mujeres.

En la confianza de que esta iniciativa sea de utilidad para el logro de la igualdad real entre mujeres y hombres, Emakunde desea testimoniar su profundo agradecimiento a todas las personas que, con su colaboración, han contribuido a la puesta en marcha de este proyecto.

A handwritten signature in blue ink that reads "Txaro Arteaga". The signature is enclosed within a large, hand-drawn oval shape. A long, wavy line extends from the bottom of the oval, trailing off to the right.

TXARO ARTEAGA ANSA  
Directora de EMAKUNDE /  
Instituto Vasco de la Mujer



---

CLAIRE CAMERON

Unidad de Investigación del  
Instituto de Educación Thomas  
Coram. Universidad de  
Londres. Gran Bretaña

*El trabajo  
asistencial  
en Europa:  
¿empleo de  
calidad?*



---

¿Cómo generan los servicios asistenciales un empleo de buena calidad para sus trabajadores y trabajadoras? Este es uno de los objetivos de un estudio que he llevado a cabo junto con socios y socias de otros cinco países europeos: Dinamarca, Hungría, Holanda, España, Suecia y nosotros, en la coordinación, del Reino Unido.

### Diapositiva 2.

## *El estudio*

El estudio está financiado por el Quinto Programa Marco de la CE para los próximos tres años y concluirá a finales del año que viene. Se divide en tres fases: planificación y revisión; estudios de casos en la práctica y divulgación. Se centra en el trabajo remunerado, no en el no remunerado, y estudia las tareas asistenciales a lo largo de todo el ciclo vital.

En esta charla me centraré en las dos primeras fases de este estudio, en los datos extraídos del análisis secundario de las Encuestas sobre la Flexibilidad y la Seguridad Laboral y en nuestros estudios de casos prácticos. Ofreceré un contexto para el estudio del trabajo asistencial remunerado, examinaré algunos conceptos del trabajo asistencial y después pasaré a analizar algunos indicadores del empleo de calidad y a comentar hasta qué punto nuestros datos sobre las y los trabajadores asistenciales nos demuestran que tienen ese tipo de trabajo.

### Diapositiva 3.

## *El contexto del trabajo asistencial*

Cada vez tenemos menos hijos e hijas. El índice de fertilidad se encuentra en estos momentos por debajo del umbral de intercambio generacional (en un 1,8 en toda la UE. Se han producido caídas espectaculares en España, Hungría, Grecia e Irlanda (-40% en 20 años), pero también en Portugal, Italia, Alemania y Reino Unido (-20% en 20 años).

En todos los países europeos hay cada vez más madres que trabajan fuera del hogar, en particular las que tienen hijos e hijas más jóvenes y especialmente quienes poseen un nivel educativo superior (en Holanda y en España entre 1992 y 2000 la proporción de madres de niñas y niños con edades inferiores a los 15 años que trabajaban creció un 19% y un 13 %, respectivamente. La brecha se está cerrando con cambios mucho menos significativos para los padres. En el caso de las madres de niños y niñas con menos de tres años, que podrían ser las principales usuarias de los servicios de atención infantil, se registran aumentos de participación en la población activa en todos los países, en particular en España, en Holanda, en Luxemburgo y en el Reino Unido. No obstante, la probabilidad de tener un empleo remunerado aumenta mucho entre las madres que poseen un nivel educativo más elevado frente a aquéllas con una menor preparación. Por ejemplo, en el Reino Unido y en Italia el 81-82 % de las madres de niños y niñas con menos de 15 años y

---

con un nivel educativo alto trabajan fuera del hogar, mientras que el porcentaje se reduce a un tercio en las mujeres con menores logros educativos.)

Hay cada vez más personas de la tercera edad y se espera que la proporción crezca durante los próximos 20 años. (Hemos tomado la edad de 75 años o más como nuestra definición de "tercera edad", aunque obviamente existen variaciones. En la actualidad, este grupo constituye el 10% del grupo de edad entre 15 y 65 años. Los pronósticos para 2010 apuntan a un crecimiento hasta el 14% en Suecia, Italia y Francia.)

Muchas de las personas de la tercera edad permanecerán sanas y vivirán en su casa, a menudo solas, ya que el porcentaje de hogares con una persona de 75 años o más está aumentando. Pero es probable que una mayor extensión de vida plantee necesidades de apoyo adicionales.

Las actitudes hacia la utilización de servicios de cuidados oficiales están cambiando y contribuyendo a aumentar la demanda. Ahora se utilizan casi de manera universal las guarderías, y la educación preescolar para niños y niñas a partir de los tres años es ya o se está convirtiendo en una norma cultural. En Dinamarca, la atención infantil desde la edad de un año aproximadamente se considera parte del proceso de aprendizaje de por vida, como lugar de juego, de socialización y de convivencia en comunidad. También hemos descubierto que están cambiando los servicios formales de asistencia geriátrica y también se están convirtiendo en una norma cultural —los trabajadores y trabajadoras asistenciales de Suecia y de Inglaterra consideran que está bien que los servicios asistenciales formales se encarguen de la mayoría de las tareas prácticas de la tercera edad.

Al mismo tiempo, tal vez estén desapareciendo las fuentes de cuidados no remunerados o informales o estén cambiando de naturaleza. Las abuelas y abuelos que tradicionalmente cuidaban de los niños y niñas en muchos países tienen con cada vez más frecuencia su propio empleo y no desean comprometerse a cuidarlos de manera regular, ya que prefieren el estatus y los recursos que les ofrece el trabajo remunerado (Mooney y Statham (2002), *The Pivot Generation*, JFR).

Es probable que el cuidado geriátrico informal llevado a cabo por las y los familiares se vea también cada vez sujeto a una mayor presión [un informe de la OCDE sobre las futuras necesidades de las personas mayores afirmaba en 1998 que "en muchos países, la disponibilidad de servicios asistenciales no oficiales se reduce por las oportunidades de la vida moderna, por los estilos de vida más independientes y por la participación de las mujeres en empleos remunerados dentro del mercado laboral " (OCDE (1998) *Long term Care Services to Older People, A perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*, OECD Ageing Working Papers AWP 4.2).

Los cambios que se han producido en lo que se espera de los servicios asistenciales tanto formales como informales no implican que las y los parientes y familiares ya no se encarguen del cuidado, sino que hacen turnos. Por ejemplo, tal vez se considere que el baño es una actividad más apropiada para las trabajadoras y trabajadores remunerados, mientras que se piensa que las actividades de tiempo libre son más aptas para las y los familiares.

El concepto de "ciudadano" y de "consumidor" que asume el control de las cosas gana terreno. Se está animando a las personas a invertir en planes asistenciales, lo que puede tener implicaciones



---

en la calidad del empleo de los trabajadores y trabajadoras asistenciales; negociar con una persona receptora de cuidados como parte empresarial pueden ser muy distinto al trabajar con un contrato fijo.

Diapositiva 4.

## *¿Quiénes son los trabajadores y trabajadoras asistenciales?*

Si se analiza la proporción de la población activa total se ve que hay el doble de cuidadores y cuidadoras en Dinamarca y Suecia que en el Reino Unido y Holanda y tres veces el número que hay en Hungría y España.

La proporción de trabajadores y trabajadoras asistenciales sobre el total de la población activa varía; la proporción más alta entre los países participantes se encuentra en Dinamarca (10%), seguida de cerca por Suecia (9%) y después Holanda (7%), el Reino Unido (5%) y España y Hungría con alrededor del 3%.

Casi el total del trabajo asistencial lo desempeña el sexo femenino, entre el 80% y el 99% independientemente del país y del tipo de trabajo asistencial. La mayoría de los trabajadores varones se encuentran entre los "colaboradores del trabajo social" en España y el menor número entre los "ayudantes profesionales de educación preescolar" en el Reino Unido.

La remuneración por el trabajo asistencial es casi siempre baja, especialmente cuando se trabaja con personas muy mayores y niñas y niños muy pequeños. El salario se encuentra por debajo de la media para quienes trabajan con mayores y criaturas, excepto en el caso de profesionales de pedagogía de Dinamarca y Suecia.

Diapositiva 5.

## *Comparación salarial*

Un ejemplo detallado nos ayudará a explicar la situación. Si comparamos Dinamarca y el Reino Unido, dos países sobre los cuales hay datos detallados disponibles, vemos que las y los pedagogos daneses (de atención infantil) ganan alrededor de 3.000 euros al mes, mientras que las y los "ayudantes asistenciales sociales y sanitarios" que trabajan con la tercera edad ganan cerca de 2.700 euros. En el Reino Unido, quienes trabajan con niños y niñas ganan la mitad de este importe, aproximadamente 1.150 euros al mes de media y los trabajadores y trabajadoras asisten-

---

ciales para personas adultas y mayores perciben alrededor de 1.225 euros. Incluso aunque admitiéramos las diferencias en los niveles de precios y en las fechas a las que aluden estas cifras, vemos que las trabajadoras y los trabajadores británicos ganan mucho menos que sus homólogas y homólogos daneses, quienes también gozan de mejores prestaciones profesionales (por ejemplo, bajas por maternidad y paternidad mejor pagadas).

Los trabajadores y trabajadoras asistenciales en Hungría perciben los salarios más bajos de los países socios del estudio. El personal empleado de guarderías ganó en 1999 una media de 183 euros al mes y los trabajadores y trabajadoras sociales 185 euros, comparados con los 206 euros del profesorado de preescolar y los 250 euros del de educación primaria.

#### Diapositiva 4.

La formación profesional para el trabajo asistencial varía: en uno de los extremos no se exige ninguna formación ni hay expectativas de recibir formación para la mayoría de los cuidados ofrecidos en el hogar, como cuidadoras y cuidadores de día y ayudantes domésticos, ni para ayudantes asistenciales en residencias y ayudantes personales.

En el otro extremo nos encontramos con que hay pedagogas y pedagogos y profesorado de preescolar altamente cualificados que trabajan con niñas y niños pequeños [en Dinamarca los pedagogos y pedagogas reciben una educación superior de tres años y medio y pueden trabajar ofreciendo servicios a todos los grupos de edad. En Suecia también se tiene una formación de tres años y medio para trabajar con niñas y niños y jóvenes, que se integra en la formación del profesorado.]

Además, algunos trabajadores y trabajadoras reciben una formación intermedia, por lo habitual de entre 14 y 20 meses, y trabajan como ayudantes, asistentes, puericultores y puericultoras y trabajadores o trabajadoras sociales residenciales.

Por desgracia, las estadísticas no explican nada sobre otras características importantes, tales como la etnia de los cuidadores y cuidadoras. Tampoco dicen nada sobre las responsabilidades asistenciales que asumen en sus vidas privadas.

En resumen, el estereotipo del trabajo asistencial como trabajo femenino de poca preparación y remuneración sigue existiendo en algunos países, aunque el trabajo con los niños y niñas más pequeñas está profesionalizándose poco a poco y existen algunos ejemplos de profesionales altamente cualificados y con salarios elevados.

---

## Diapositiva 6.

# *Conceptos del trabajo asistencial*

Pero, ¿qué tipo de "trabajo asistencial" hacen los cuidadores y cuidadoras? ¿Qué conceptos se utilizan en el trabajo asistencial? El trabajo asistencial se describe a menudo como cuidado social, y existen otros dos conceptos más sobre los que quisiera llamar su atención.

En primer lugar tenemos el "cuidado social descriptivo". Es aquí donde el cuidado social describe una gama de servicios y/o un ámbito de políticas: "los servicios del cuidado social gozan de una amplia aceptación en Europa como servicios asistenciales no dinerarios proporcionados por trabajadores sociales y otros grupos de profesionales a grupos de usuarios, tales como niños y familias, ancianos y personas con discapacidades" (MUNDAY). Esto implica que el cuidado social describe un trabajo remunerado aunque no describe en qué consiste, más allá de mencionar los "servicios".

En segundo lugar se ha descrito el cuidado social como algo que va más allá de las fronteras entre el trabajo remunerado y el no remunerado: "la asistencia proporcionada a fin de ayudar a niños y adultos en las actividades de sus vidas cotidianas y que puede prestarse en forma de trabajo remunerado o no remunerado, realizado por profesionales o no profesionales y que se puede desarrollar en un ámbito tanto público como privado" (Kröger, 2001). En este caso, el cuidado social se puede convertir en sustituto del trabajo no remunerado o de los "servicios domésticos" con trabajo asistencial remunerado. Esto implica que el cuidado social es tanto remunerado como gratuito y tiene que ver con "ayudar" en la vida cotidiana.

Una tercera manera de entender el concepto de cuidado es el "cuidado de apoyo". Se trata del objetivo de la "normalización" en todos los ámbitos, de manera que las personas puedan permanecer en sus propios hogares pese a su avanzada edad o a su discapacidad, vivir en sus propias casas, mantener sus empleos, cuidar de sí mismas, realizar sus actividades diarias, participar en la sociedad, mantenerse sanas, gestionar sus propias vidas. El cuidado de apoyo se inscribe en un enfoque integrado más amplio y basado en la comunidad cuyo principal objetivo consiste en eliminar los obstáculos contra la inclusión en la sociedad más amplia (por ejemplo, el transporte, la vivienda, las condiciones laborales, la normativa legal e incluso la opinión pública) y el mantener una vida independiente (Holanda, Suecia). El concepto está relacionado con mantener la independencia y la capacidad de respuesta ante las necesidades y deseos de las personas que requieren cuidados. Forma parte de un discurso sobre la capacidad de elegir de las y los consumidores y sobre la transmisión de poder a la clientela.

Hemos descubierto que debatir el cuidado exige debatir el concepto de "pedagogía". La pedagogía tiene un enfoque completo: el cuidado es importante siempre que se vea como algo indisolublemente unido a las prácticas educativas, de desarrollo, etc. [La historia de la pedagogía es larga y se ha ido adaptando a las tendencias políticas y a los objetivos del colectivo de especialistas.]

---

La pedagogía tiene como objetivo "mejorar las opciones de aprendizaje y de desarrollo en nombre de los ideales de los individuos y de la sociedad. Las teorías pedagógicas combinan 1) los ideales de una buena vida (filosofía); 2) la comprensión que tienen las personas y los grupos y sus recursos y necesidades (psicología y biología) y 3) la comprensión que se tiene de los recursos, de los valores y de las demandas sociales" (Jensen y Hansen, 2002).

La pedagogía enfatiza con fuerza el desarrollo y la "educación", en lo referente a la "formación de la personalidad, la adquisición de las competencias sociales, la orientación moral, el aseguramiento de la independencia y de una capacidad de autorregulación y la capacidad de participar en la vida social, política y cultural de la comunidad adulta" (Davies Jones, 1994). Se ha aplicado principalmente a los servicios para niñas y niños y jóvenes, aunque también se está desarrollando para ofrecer servicios a la tercera edad, sobre todo en Dinamarca. [El pedagogo o pedagoga adopta una posición relacional o situacional y comparte las vivencias cotidianas de las personas con quienes trabaja. La capacidad de reacción es importante, pero como parte de una relación de interdependencia que implica reflexión. Él o ella disponen de una formación multidisciplinar, que incluye destrezas profesionales, estudios culturales y trabajo internacional. La pedagogía en su estado actual de evolución defiende que se aplique un enfoque profesional al trabajo asistencial.]

## Diapositiva 7.

## *y los límites ...*

También hay problemas a la hora de definir las fronteras del trabajo asistencial. A menudo se produce un solapamiento entre los servicios asistenciales y otros servicios ofrecidos en otros campos como el de los cuidados y la educación, los cuidados y la salud, los cuidados y la pedagogía y el cuidado formal y el cuidado familiar. No se trata sólo de un problema conceptual, sino también de una realidad práctica para la mano de obra, que puede desplazarse hacia o desde distintos lugares para desempeñar su trabajo "asistencial".

En algunos países como Inglaterra, España y Suecia, se produce un solapamiento estructural con la educación por el que los servicios infantiles forman parte de los departamentos de educación. También nos encontramos ejemplos parecidos en la introducción de los "currículos" estructurados o de las "metas", como ocurre en Inglaterra.

Las fronteras entre la salud y los cuidados también son tema de debate cuando los servicios asistenciales para la tercera edad comienzan a aceptar tareas que antes se consideraban competencias de profesionales "sanitarios" —los límites entre los cuidados y otros ámbitos no están claramente definidos y pueden variar de manera perceptible. A los trabajadores y trabajadoras asistenciales se les pide que definan a qué se dedican cuando cambia el énfasis de las políticas.

En el estudio del caso del trabajo asistencial geriátrico descubrimos que el término cuidado social se usa con frecuencia aunque no se comprende bien. Cuando se les pidió que definieran el cuidado social, algunas trabajadoras y trabajadores y sus homólogas y homólogos políticos y educativos en Inglaterra no supieron a qué nos referíamos, otros y otras dijeron que era una forma de

---

satisfacer necesidades o cualquier tipo de ayuda o una manera de mantener a las personas dentro de sus propias casas.

Una primera conclusión de nuestro estudio es que resulta difícil entender el trabajo asistencial remunerado como un campo diferenciado en sí mismo, bien sea dentro de un mismo país o entre países. A primera vista nos daría la impresión de que hay espacio para un debate más intenso sobre las direcciones que va a seguir el trabajo asistencial en el futuro —¿debería fusionarse completamente con otras disciplinas y servicios o puede evolucionar sobre unos fundamentos propios sólidos y diferenciados?

Diapositiva 8.

## *Cuestiones de género y trabajo asistencial*

Las cuestiones de género resultan críticas para comprender tanto la situación actual del trabajo asistencial como su desarrollo en el futuro.

Las mujeres son la espina dorsal de la mano de obra asistencial, tanto remunerada como no remunerada. Esto se ha dado por sentado. Hay muchos estudios sobre el impacto que produce esta segregación de género en el tipo de cuidado que se presta y sobre cómo se entiende que son muy limitados. Por lo general se percibe a las mujeres preparadas "de forma natural" para este trabajo y a veces se supone lo contrario en el caso de los trabajadores asistenciales varones. Esto tiene sus consecuencias a la hora de definir qué es el trabajo asistencial y para los hombres que "se atreven" a dedicarse a ello.

El género juega un papel en la definición del trabajo asistencial.

Las experiencias, ideas, hábitos y éticas de las trabajadoras sobre lo que constituye un cuidado de calidad han sido predominantes, desde el grado de contacto físico apropiado, pasando por si conviene pasar más tiempo dentro o fuera de casa, o cómo estructurar el currículum y hasta qué punto los cuidados se parecen a "ejercer de madres". Todas estas áreas del trabajo las han definido históricamente las mujeres, y en gran parte todavía las siguen definiendo. Es posible que esto también ocurra en otros tipos de trabajo asistencial y en otros países, pero por ahora no existen suficientes estudios sobre el tema.

Para los trabajadores varones, que están en clara minoría con generalmente un solo hombre por plantilla completa, la experiencia del trabajo asistencial puede llevarles a sentirse marginados, a percibir que su manera de ser trabajadores asistenciales es diferente o no se valora tanto como la de las mujeres, cuyos métodos y perspectivas son la "norma". Incluso las conversaciones en las salas de personal pueden llegar a marginar a los trabajadores masculinos. Es habitual que los hombres desemboquen en una profesión asistencial como "segunda opción" después de haber tenido otros empleos y que tengan ambiciones más claramente definidas, que a menudo les lleven a ascender por los puestos de dirección o a desplazarse a un área de trabajo cercana que les aporte un mejor salario y más prestigio. [¿Cuáles son las implicaciones para entender el trabajo asisten-

---

cial? Los trabajadores y trabajadoras asistenciales afirman con frecuencia que hacen lo mismo, independientemente de su género, pero también está claro que hay expectativas claramente diferenciadas por género en cuanto a que los hombres hacen el trabajo más duro y las mujeres se dedican más a la educación emocional. Esto refleja hasta cierto punto las divisiones de género estereotipadas desarrolladas en el cuidado parental.]

Las cuestiones de género también son importantes, debido a los problemas de oferta de mano de obra en los servicios asistenciales. Sabemos que la oferta de mano de obra femenina con niveles educativos medios a bajos va a descender paulatinamente en toda Europa, dado que cada vez son más las mujeres que adquieren grados de formación educativa altos y que probablemente busquen empleo en puestos de mayor prestigio. En paralelo se necesita cada vez más personal en los servicios. Los hombres son una fuente evidente de mano de obra sin explotar en los servicios asistenciales. Algunas medidas políticas han dado resultados positivos a la hora de contratar más hombres —en particular cuando el nivel de formación es elevado y multidisciplinar aunque incluso en esos casos los hombres prefieren trabajar con niñas y niños más mayores y en entornos especializados.

Nos debemos preguntar los motivos de que el trabajo asistencial siga manteniendo la segregación de género que mantiene, incluso cuando los papeles desempeñados por los géneros han cambiado en las familias y se ha profesionalizado el trabajo.

Diapositiva 9.

## *La calidad del empleo*

¿Qué podemos decir sobre la calidad del empleo en el trabajo asistencial? El concepto de empleo de calidad surgió hasta alcanzar su importancia actual durante la Cumbre celebrada en Lisboa en mayo del año 2000, y la UE ha establecido diez dimensiones para clasificar el empleo de calidad. Este es otro de los temas de mayor interés dentro de nuestro estudio —¿en qué condiciones tienen un empleo de calidad las y los trabajadores asistenciales? Algunos de estos indicadores han sido extraídos de *El empleo en Europa en 2002: tendencias recientes y previsiones para el futuro* y otros de nuestra revisión sobre la bibliografía. Conviene destacar que tanto las fuentes estadísticas como la bibliografía basada en la investigación aportan una visión muy parcial de la situación actual.

## Diapositiva 10.

### *La satisfacción laboral*

Los trabajadores y trabajadoras asistenciales están muy satisfechas con la mayoría de los aspectos de su trabajo —disfrutan de él y la mayoría están contentas con él. El trabajo asistencial tiene significado tanto con relación a sus servicios como con relación a los demás compañeros y compañeras de trabajo.

Se valora enormemente el sentido de autonomía y de independencia que permite al trabajador o trabajadora marcar el ritmo de su actividad y la manera de llevarla a cabo, así como se valoran también las oportunidades de desarrollo que puede ofrecer el trabajo asistencial.

Los principales factores que afectan negativamente a la satisfacción con el trabajo en opinión de los socios y socias nacionales son: el estrés, en el que habitualmente se incluyen las exigencias emocionales, físicas y psicológicas impuestas al trabajador o trabajadora, que a veces generan sensación de agotamiento, absentismo y enfermedades; la organización del trabajo y los cambios realizados, como por ejemplo encontrar sustitutos y sustitutas para el personal que está de baja, el apoyo social que existe en el trabajo y la unidad del personal; la violencia y los conflictos en el trabajo, así como la falta de tiempo, que según se informó era un problema compartido por todos los países.

## Diapositiva 11.

### *La función del trabajador o trabajadora asistencial*

- La adhesión a unos valores y principios comunes.
- La satisfacción de los usuarios y usuarias.
- El conocimiento profesional y la formación.
- Una comunicación abierta.
- Las relaciones interpersonales.
- La atención a las necesidades individuales.

¿Qué hacen los trabajadores y trabajadoras? Estos son los tipos de indicadores que se encuentran en la bibliografía.

Nuestros datos se suman a estos descubrimientos aunque la definición de los papeles era variada. Al trabajar con niños y niñas pequeñas se era consciente de la importante influencia que ejercía el trabajador o trabajadora y las instituciones infantiles o la forma en que se ofrecía la educación infantil. Hubo un pedagogo danés que dijo que:

---

"los padres tienen una influencia significativa pero yo también creo que estamos convirtiéndonos en una influencia cada vez mayor en la educación de los niños y de las niñas; por lo que "se les debe dar una buena vida", una vida de retos, una vida a la que merezca la pena despertar. Deberían esperar emocionados el día en la guardería o en la escuela"... "enseñamos distintas cosas a los niños y niñas. Les enseñamos a relacionarse, aprenden acerca de los materiales, del bosque, del mundo y básicamente de todo lo que les rodea. Les enseñamos a comer de manera adecuada, a hacerse amigos y a ser buenos con los demás."

El papel del cuidador o cuidadora consiste en compartir una responsabilidad con los padres y madres para el desarrollo y bienestar del niño o de la niña —las vidas infantiles se deben valorar en el aquí y en el ahora, además de representar los valores de las generaciones de personas adultas del futuro. Se trata de una visión completa de su papel. La idea de "una buena vida" resulta clave para la comprensión de su propio papel y también debe ser clave en las instituciones que ofrecen tiempo y espacio a la comunidad infantil.

Los cuidadores y cuidadoras de Hungría que trabajan con niñas y niños pequeños se ven a sí mismos como un apoyo al desarrollo infantil. Hubo una trabajadora que dijo: "ella aprende mucho en el centro: a caminar, a hablar, a aprender sobre sí misma, a vivir junto a otros niños y niñas, a pensar, a jugar y a ser creativa. No es tarea fácil cuidar de ellos, garantizar su seguridad, su bienestar físico y emocional y apoyarles en su desarrollo". Algunas de las cualidades esenciales en el trabajo asistencial son la tolerancia, la empatía y el afecto hacia los niños y las niñas, la persistencia y la capacidad de comunicación. Dado los bajos sueldos que se pagan en Hungría, hacer este trabajo se considera una tarea que necesita "amar la profesión" para tener éxito. Hubo un trabajador que dijo que hacía falta "el tipo de determinación que se necesita para poder manejar con valentía cualquier cuestión infantil... para lo que hace falta un conocimiento saludable de uno mismo".

Hubo cuidadores y cuidadoras tanto danesas como húngaras que dijeron verse como apoyo parental —ofreciendo a las niñas y niños información y dando a las madres y padres la oportunidad de aprender a criar hijos e hijas.

En el trabajo asistencial geriátrico, el papel del trabajador o trabajadora está mucho más centrado en las tareas prácticas y el apoyo emocional. Su papel consiste en apoyar física y emocionalmente a las personas ancianas en lugar de o además de sus familiares. El discurso que tienen debe fomentar la independencia y la satisfacción de las necesidades individuales: hubo una trabajadora que dijo que "tenía que hacerles literalmente todo hasta alcanzar el punto por ellos requerido o básicamente buscado." En Inglaterra y en España los cuidadores y cuidadoras geriátricas básicamente hablan del aspecto de relación de su trabajo, y del tiempo y consideración que deben prestar a las necesidades de su clientela. Se considera que hay una serie de atributos personales que resultan muy importantes para desempeñar la tarea de una o un cuidador. Los trabajadores y trabajadoras suecas también dijeron que tenían que desempeñar un papel por el que comprendieran las situaciones médicas, anticipándose al comienzo de una enfermedad, gestionar los comportamientos y comprender el pasado de las personas como clave para interpretar



---

su presente. En esos tres países también se consideraba que era importante trabajar con los y las familiares.

El papel desempeñado por las trabajadoras y trabajadores asistenciales es completo y debe centrarse en cada persona y su familia. Debe ofrecer apoyo práctico y emocional, enseñar y mantener una buena calidad de vida. El trabajo asistencial también tiene que ver con unas metas sociales más amplias, y en este sentido, los valores defendidos por los cuidadores y cuidadoras y promovidos por las instituciones asistenciales resultan críticos para conseguir la cohesión social —¿tendrán nuestros hijos e hijas "una buena vida"?

#### LA FLEXIBILIDAD Y LA SEGURIDAD (DATOS DEL REINO UNIDO)

- Más horas trabajadas en atención infantil y a la tercera edad.
- 20% en puestos de un año o menos tiempo.
- 0% en contratos temporales.
- Una gran parte trabaja horarios antisociales.
- Otra menor se lleva trabajo a casa.

[Utilizando datos de la Encuesta Europea de Población Activa para el Reino Unido de los trabajadores y trabajadoras de cuidados personales dedicados principalmente al cuidado geriátrico y del profesorado asociado dedicado a niñas y niños en edad preescolar].

En la década de los años noventa se ha producido un gran incremento en el número de horas trabajadas (68% para los cuidadores y cuidadoras 513, 104% para las y los ayudantes educativos de preescolar 332). Una quinta parte de los trabajadores y trabajadoras ha ocupado su puesto durante un año o menos y el 10% tiene contratos temporales. Casi la mitad de quienes trabajan con la tercera edad y el 15% de quienes trabajan con niños y niñas tienen jornadas por turnos, por las noches y los fines de semana (43% de 513; 15% de 332). La cifra asciende al 22% para las mujeres. Cerca de una quinta parte de ellas realizan tareas en el hogar a veces o de manera habitual (16% de 513; 21% de 332).

Si comparamos estas cifras con las de trabajos equivalentes en Dinamarca y Suecia, vemos que los trabajadores y trabajadoras escandinavos realizan menos trabajos por turnos (17% de 332 y 15% de 513 en Dinamarca, 18% de 332 y 5% de 513 en Suecia). No obstante, casi un tercio de las trabajadoras y trabajadores daneses tienen contratos de trabajo temporales (31% en ambos grupos).

[Una gran parte de los puestos asistenciales en el Reino Unido corresponden a jornadas parciales, alrededor de dos tercios de los puestos a cuidados personales y más de un tercio de los puestos a asistencia infantil, pero no sabemos hasta qué punto la decisión de trabajar a tiempo parcial es una opción "real" o el producto de disponer simultáneamente de un empleo y de cuidados infanti-

---

les para la propia familia. El trabajo a tiempo parcial es mucho menos frecuente en Dinamarca (24%) y Suecia.]

## LA IGUALDAD DE GÉNERO

- No se conoce la diferencia salarial en el trabajo asistencial.
- La segregación de género es extrema.
- ¿Es más probable que los trabajadores varones accedan a puestos de dirección?

La igualdad de género como indicador de la calidad del empleo intenta garantizar empleos del mismo valor o equivalente para los hombres y las mujeres.

Desconocemos el alcance de la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el trabajo asistencial; hay tan pocos trabajadores varones que es difícil de calcular. Ya hemos comentado que, por lo general, el trabajo asistencial está mal pagado, con uno de los índices salariales más bajos en muchos países, y que la segregación por sexos alcanza un grado extremo. Cuando se emplea a trabajadores masculinos es más probable que lleguen a puestos de dirección y que tengan ambiciones profesionales más definidas, que les lleven a alcanzar puestos de dirección o a otras carreras relacionadas con salarios más elevados. El trabajo asistencial no es un trabajo en el que haya igualdad de género.

## LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y EL EQUILIBRIO ENTRE LA VIDA LABORAL Y LA FAMILIAR

- El trabajo asistencial "encaja".
- El trabajo asistencial es a menudo "más de lo mismo".
- Los valores en el trabajo pueden reproducirse en los cuidados en casa.
- El trabajo asistencial provoca estrés mental y físico.
- El trabajo asistencial es en su mayoría invisible.

En Inglaterra muchas mujeres deciden trabajar cuidando a personas mayores y niños y niñas porque esta dedicación "encaja" con las responsabilidades domésticas [de sus hijos e hijas y sus hogares. Existe una opinión ampliamente compartida según la cual combinar un empleo con la vida familiar resulta difícil en términos tanto prácticos como ideológicos —y las trabajadoras asistenciales suelen estar de acuerdo. Como empleadas con salarios bajos, en ocasiones no pueden permitirse pagar por el cuidado de sus hijas e hijos; como trabajadoras por turnos su horario laboral puede a veces coincidir con las necesidades de atender a los hijos e hijas fuera del horario escolar.] A veces ambos tipos de trabajo coinciden y se pueden fusionar porque las tareas en ambos son muy similares. Hubo una trabajadora asistencial en nuestro estudio que dijo:

---

"Es simplemente parte de mi vida y las personas con las que trabajo, todas las personas, cuando llevas tiempo trabajando con ellas, se convierten en realidad en una extensión de tu propia familia." Esto puede resultar positivo en tanto en cuanto los valores en el trabajo se transfieran a los cuidados ofrecidos en el hogar, como por ejemplo si se fomenta la independencia. Una trabajadora inglesa dijo, refiriéndose a cuidar de su madre:

"Creo que para nosotras es bastante sencillo desempeñar nuestro trabajo. Vamos a ayudar y es bastante fácil llegar y hacerse cargo de la situación. Pero yo creo que tienes que mirar con un poco de distancia y decir, debemos permitirte hacer todo lo que puedas y después nosotros nos ocuparemos de lo que tú no puedas hacer."

También puede ser negativo, ya que los aspectos estresantes del trabajo, como la falta de tiempo, las exigencias psicológicas y los salarios bajos pueden verse agravados por la semejanza de las tareas que les esperan en casa. Hubo una trabajadora asistencial con responsabilidades de cuidados en el hogar que afirmó: "A veces siento que, bueno, que el trabajo y la casa son lo mismo". Otra mujer que vivía en las instalaciones de su trabajo declaró: "El trabajo te quita la vida, sí. Por lo menos eso es lo que dice todo el mundo sobre mí pero, sabes, me encanta lo que hago."

Averiguamos que el trabajo asistencial con personas mayores era en su mayoría invisible: un tema del que no se hablaba ni siquiera con las familias –a menudo las y los miembros de la familia ni siquiera sabían a qué se dedicaban las trabajadoras asistenciales. Uno de ellos declaró: "No creo que mi familia se dé mucha cuenta de lo que hago".

Pero también es importante observar que estos hallazgos ingleses no son universales: en Suecia y en Dinamarca existe una separación casi ideológica entre el hogar y el trabajo, y la cuestión del equilibrio entre ambos no se debate como problema.

#### ¿UN EMPLEO DE CALIDAD?

- Un trabajo complejo y con significado.
- Ofrece apoyo a las personas, a las familias y tiene metas societarias más amplias.
- Reflexivo e intelectual... tareas físicas... amor.
- Implica educar, desarrollar, sostener.
- Requiere un conocimiento práctico, teórico y "sentido común".

#### ¿UN EMPLEO DE CALIDAD?

- Altos sueldos y buen estatus en Dinamarca y Suecia.
- Salarios bajos y poco prestigio en el resto de los países, salvo en el caso de los profesores y profesoras.
- Mejora la educación.
- Alto grado de satisfacción con el trabajo.
- Mucho estrés.
- Problemas para contratar a suficiente personal.

---

Entendemos como empleo de buena calidad el que ofrece compensaciones económicas que se encuentran en la media o por encima de la media, así como educación, formación y prestigio profesional —aquello que refleja la complejidad del trabajo de cuidar de las personas.

Observando la situación dentro de cada país y comparándola entre los países asociados, vemos que existen algunos ejemplos sorprendentes de empleo de calidad. En Dinamarca y Suecia, aunque todavía se escuchan quejas locales sobre el prestigio de los trabajadores y trabajadoras, gozan de unos salarios razonables, del interés por el ambiente de trabajo, del acuerdo sobre las funciones y las obligaciones de los trabajadores y trabajadoras asistenciales y comparte un concepto de pedagogía. En Dinamarca no existen problemas para contratar a pedagogos y pedagogas. En Hungría y en el Reino Unido, los servicios asistenciales están relacionados con puestos de salarios bajos, con un escaso reconocimiento social y además existen graves dificultades para la contratación. Parece ser que cuando se toma la decisión de tratar a los trabajadores y trabajadoras asistenciales como profesores y profesoras, el prestigio, los salarios y la formación tienden a ser mejores.

La educación de los trabajadores y trabajadoras asistenciales está mejorando en los países asociados, donde los estudios universitarios de tres años se están convirtiendo en la norma para las y los cuidadores infantiles, y los cuidados infantiles se están percibiendo cada vez más como pertenecientes o ligados a una labor educativa, modificando así las funciones de este colectivo hacia cumplir las necesidades de un currículum oficial y una práctica reflexiva. La educación de las cuidadoras y cuidadores geriátricos también está mejorando y cambiando de rumbo, aunque en menor grado que la de las y los cuidadores infantiles. En Inglaterra, ahora se espera que los trabajadores y trabajadoras asistenciales reciban cursos de formación en su lugar de trabajo para demostrar su competencia.

En el trabajo asistencial persiste un alto grado de satisfacción laboral. La gratificación de trabajar con personas es el sello característico de esta labor y en gran medida se confía en esa recompensa para mantener a las personas en sus puestos de trabajo. A la gente le gusta su trabajo y a menudo se vinculan mucho a las personas de las que cuidan, lo que actúa como freno a la hora de abandonar. No obstante, su tarea es muy estresante, tanto física como mentalmente. Los problemas de contratación proceden del decreciente número de mujeres disponibles y de que cada vez hacen falta más trabajadores y trabajadoras asistenciales. Todo ello nos plantea desafíos para el futuro.

## ¿QUÉ DEPARARÁ EL FUTURO A LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS ASISTENCIALES?

- La función del trabajador o trabajadora asistencial. Posibles direcciones:
  - Profesionalización.
  - Técnico/Técnica con "competencias".

- 
- Diversificación de las fuentes de empleo:
    - Mano de obra compuesta de inmigrantes.
    - Hombres.

¿Cuáles son las perspectivas del "trabajo asistencial" y de los trabajadores y trabajadoras asistenciales? En la actualidad parece haber grandes diferencias entre los países europeos en cuanto a cómo se interpreta y cómo se valora el trabajo asistencial, si bien la demanda de trabajo asistencial remunerado está creciendo. Nos planteamos qué ocurrirá con el empleo de calidad ante esta necesidad de contar con más personal.

Una posibilidad es la profesionalización. En algunos países esto implicaría mejorar la educación y la formación, tener conceptos centrales bien definidos, aumentar los salarios y mejorar el reconocimiento social. El resultado podría ser una persona profesional reflexiva que contara con el apoyo de una serie de ayudantes, en gran parte subvencionados por el estado.

Otra posibilidad es formar al trabajador o trabajadora asistencial básicamente como un "técnico" o "técnica" que se adapte a los procedimientos y normas prescritos, ampliando las especializaciones según la clientela y las necesidades políticas. Ellas o ellos continuarían teniendo un salario medio o bajo, un escaso reconocimiento social y una creciente dependencia del mercado privado y del ciudadano y ciudadana de a pie para proporcionar cuidados y decidir qué es una atención lo suficientemente "buena" como para "pagar por ella".

También se podrían abordar los problemas de suministro de mano de obra, contratando a más hombres y a más inmigrantes. Ambas opciones plantean retos importantes a los servicios asistenciales —el trabajo asistencial tal y como lo conocemos hasta ahora se ha basado principalmente en un consenso bastante homogéneo: una mano de obra más diversificada podría suponer que el trabajo se viera obligado a incorporar ideas más diversas sobre el significado del trabajo asistencial.

---

CRISTINA CARRASCO BENGOA

Dpto. de Teoría Económica.  
Universidad de Barcelona

*El cuidado:*

*¿coste o*

*prioridad*

*social?*



---

El análisis de los costes y beneficios económicos del cuidado es un tema complejo que se puede abordar desde diferentes perspectivas. Mi reflexión intenta aportar precisamente en esta línea: en la búsqueda de la perspectiva adecuada para el análisis de los costes y beneficios del cuidado. En este sentido, mi ponencia no es ni pretende ser, digámoslo así, teoría acabada ni problemas resueltos. Más bien se trata de ideas sobre las cuales me gustaría continuar la reflexión con todas vosotras. Lo que quiero transmitir os hace referencia fundamentalmente a los "costes", y está ordenado alrededor de tres ideas básicas.

1 .

*Primera idea:  
¿Podemos plantearnos  
el cuidado como un  
análisis coste-beneficio?  
¿Qué estaría  
implicando?*

Para comenzar a reflexionar sobre los "costes" del cuidado, creo que debiéramos comenzar por plantearnos cuál es (o debiera ser) el objetivo básico de toda sociedad. Es posible que pudiéramos coincidir en que el objetivo central de cualquier sociedad es la subsistencia de su población en las mejores condiciones posibles, lo cual incluye (o debiera incluir) el cuidado de todos sus miembros: cómo se mantienen, cómo subsisten, cómo se cuida a las personas dependientes, etc. Visto desde esta perspectiva y aceptando que este sea el objetivo fundamental, entonces no tiene sentido que la propia sociedad se plantee como un "coste" el cuidado de su propia población. Sería absurdo que nos planteáramos como un coste el mantenernos a nosotros y nosotras mismas. En las sociedades más primitivas, la preocupación central era la subsistencia de sus miembros, y todos los trabajos y actividades estaban orientados a ese fin. En muchos momentos históricos, la subsistencia no estuvo asegurada y en estas circunstancias una estrategia relativamente habitual fue abandonar a las personas mayores que ya no estaban en condiciones de colaborar con trabajo para la subsistencia del grupo. Esta norma social, que hoy nos puede parecer casi inhumana, era una estrategia racional, ya que el mantener una población dependiente, ponía en peligro la permanencia del propio grupo. Hoy en nuestras sociedades occidentales industrializadas con enormes excedentes, una norma de esas características no se justifica bajo ningún punto de vista medianamente civilizado, y, sin embargo, el verano recién pasado hemos permitido que muriera



---

un número importante de personas ancianas y enfermas sencillamente porque no tenían cómo protegerse de la ola de calor que padecimos. Los abandonamos a su suerte y no pudieron resistir.

Ahora bien, desde que las sociedades tienen capacidad para producir con excedente, deben decidir a qué destinan dicho excedente: repartir a partes iguales y mejorar el nivel de vida de todos y todas, aumentar la población, mantener población parásita, etc. Pero, no necesariamente las decisiones sobre el excedente serán de reparto equitativo. Si por algún mecanismo (de poder político, social o militar), el excedente se lo apropian unos pocos, entonces, para ese grupo de población, el hecho de mantener determinados sectores no productivos de la población (como las personas enfermas o ancianas), será visto como un "coste" porque significa disminuir su ganancia, su excedente (1). En esta situación, el objetivo de la sociedad, o más bien, el del grupo dominante, ya no será la calidad de vida y el cuidado de la población, sino la maximización de la ganancia de dicho grupo.

En el caso concreto de nuestras sociedades patriarcales-capitalistas, el objetivo central está situado casi exclusivamente en el beneficio empresarial. La vida humana no es objetivo prioritario, por el contrario, está al servicio de la producción mercantil. Las desregulaciones y "flexibilidades" del mercado laboral reflejan la concepción de las personas como "recursos humanos" que deben adaptarse a las necesidades de las empresas para que estas incrementen sus beneficios. Las personas que no están en condiciones de participar en el trabajo de mercado y requieren cuidados, son consideradas por tanto como un coste que tiende a reducir el beneficio.

2.

*Segunda idea:  
El cuidado como  
"coste" en una sociedad  
patriarcal-capitalista*

Tradicionalmente la economía ha establecido fronteras muy estrechas de análisis: el campo de estudio económico ha sido el mundo público mercantil, donde trabajo se ha identificado con empleo. En consecuencia, la economía ha funcionado con falsos límites de la vida social y económica, lo que le ha permitido presentarse como sistema "autónomo", como sistema independiente de otros procesos sociales y laborales.

Esta falsa idea de autonomía del sistema económico se acompaña con la también falsa autonomía del sector masculino de la población. La responsabilidad de las mujeres en la subsistencia y el cui-

---

(1) Esta situación también podría darse en sociedades sin excedentes donde un sector de la población se apropiara de la subsistencia de otro sector más débil.

---

dado de la vida, ha permitido desarrollar un mundo público aparentemente autónomo, desligado de la vida humana, basado en la falsa premisa de libertad; un mundo incorpóreo, sin necesidades que satisfacer; un mundo constituido por personas inagotables, siempre sanas, ni demasiado jóvenes ni demasiado adultas, autoliberadas de las tareas de cuidados, en resumen, lo que se ha venido a denominar "el hombre económico o el hombre racional o el hombre político". Sin embargo, tanto este personaje como el sistema económico oficial, sólo pueden existir porque sus necesidades básicas –individuales y sociales, físicas y emocionales- quedan cubiertas con la actividad no retribuida de las mujeres. De esta manera, la economía del cuidado sostiene la vida humana, ajusta las tensiones entre los diversos sectores de la economía y, como resultado, se constituye en la base del edificio económico.

Ahora bien, la existencia de una economía monetaria donde todo se traduce a precios de mercado y de una economía no monetaria no reconocida como tal, permite que los bienes y servicios producidos en esta última no tengan categoría económica (no tienen precio de mercado) ni representen, por tanto, un coste. Pero, si las actividades no monetarias pasan a ser asumidas por la economía pública mercantil, entonces sí representan un coste (individual o social). Así, mientras existía el modelo tradicional de familia y las mujeres mayoritariamente se hacían cargo del cuidado en el hogar, este no aparecía como coste. Pero, cuando éstas salen al mercado laboral, el cuidado comienza a ser percibido como un coste porque se demandan más servicios de mercado.

En definitiva, como consecuencia de los estrechos límites definidos por la economía existe una invisibilidad de los procesos económicos que caen fuera de los límites establecidos pero, sobre todo, una invisibilidad de los nexos profundos y necesarios que estos procesos considerados como "no económicos" tienen con la producción mercantil. Dicha invisibilidad le permite al sistema económico oficial traspasar "costes" a las economías no monetarias y echar mano del trabajo de cuidados de las mujeres como si fuese un recurso inagotable de oferta infinita.

A nivel social, el desplazamiento de costes a la economía del cuidado (es decir, trabajo de mujeres) asume formas múltiples y variadas. De entrada, los salarios nunca han sido suficientes para el mantenimiento de las personas del hogar y siempre ha sido absolutamente necesario incorporar una cantidad importante de horas de trabajo no remunerado para asegurar la subsistencia de la población. La insuficiencia de servicios de cuidados infantiles o centros de atención de personas ancianas o enfermas también repercute directamente en un aumento del tiempo de cuidado de las mujeres que asumirán la parte de la actividad que el estado deja de ofrecer. O, el recorte del gasto público que se traduce en reducciones de costes por parte del sector sanitario, significa requerimientos de cuidados cada vez mayores exigidos a las familias: tratamientos en el hogar, cuidados post-operatorios, presencia nocturna de un familiar en los ingresos hospitalarios, etc., cuidados que normalmente asumen las mujeres.

A nivel individual, las mujeres como cuidadoras universales, deben tomar decisiones no libres para poder organizar su vida entre el mercado y el cuidado. Hacen de "variable de ajuste" (lo cual no representa idea de conciliación armónica), intentando compatibilizarlo todo para que las personas del hogar tengan la mayor calidad de vida posible. Y, en este proceso, no sólo se cuida

---

a los niños, niñas o personas ancianas o enfermas, como se acostumbra a mencionar, sino también a los hombres adultos. Sin embargo, el cuidado de estos últimos normalmente no se refleja como un coste. Seguramente porque los "homo economicus" se nos presentan como personas sin necesidades que satisfacer, como si fuese un modelo posible de universalizar. Todo en conjunto representa costes específicos para las mujeres: costes monetarios directos, costes en tiempo básicamente de ocio, costes en desgaste de energías, en malestar, en renunciadas. En consecuencia, podemos afirmar sin miedo a equivocarnos que parte del beneficio capitalista no es otra cosa que estos costes ocultos no contabilizados que representan trabajo gratuito de las mujeres.

3.

*Tercera idea:  
¿Cómo deberían  
plantearse los  
cuidados, desde  
dónde debieran  
estudiarse?*

El tema de fondo es que el mantenimiento y cuidado de la población debiera ser un objetivo prioritario social y político. No puede plantearse ni como un coste ni como un problema individual. La población no puede ser un coste para la propia sociedad. No se puede aceptar analizar los cuidados partiendo de la idea de coste-beneficio. Hay que ampliar los estrechos límites de la economía e incorporar todo el trabajo no remunerado.

Por ejemplo, actualmente, el cuidado de las personas mayores se discute básicamente como un gran coste social: el problema financiero de las pensiones. Sin embargo, el tema es muchísimo más amplio. La cuestión es cómo cuidamos a la población anciana, y eso implica y requiere bastantes más recursos que sólo el recurso monetario de las pensiones. Además, hemos aceptado sin discusión que llegada una edad las personas deben disminuir su calidad de vida en términos que van más allá del propio envejecimiento natural.

La cuestión sería comenzar estableciendo la calidad de vida, los estándares de vida que se quiere obtener para la población; estándares de vida como algo que va mucho más allá de una "cesta de bienes". La idea de estándares de vida es un concepto complejo, que además de la satisfacción de las necesidades biológicas y sociales, incorpora también la satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas.

---

Considerando el bienestar de la población como idea central, es por supuesto necesario incorporar en el estudio, el análisis de los recursos necesarios para lograr dicho objetivo. Pero no con la idea de coste, sino de objetivo necesario. En nuestras sociedades, estos recursos vistos a nivel macro se obtienen de la producción global (mercantil y no mercantil) de bienes y servicios. Y, desde una visión más microeconómica (desde los hogares), se obtienen fundamentalmente por tres vías: recursos monetarios, trabajo familiar doméstico y servicios ofrecidos desde el sector público. La discusión entonces es qué recursos deben destinarse al cuidado, cómo se organizan, cómo se reparten entre los distintos sectores sociales, entre mujeres y hombres, etc. Y en esto, seguramente no sería una mala cosa aprender de la experiencia femenina del cuidado, utilizándola como un modelo a imitar por todos y todas.

---

**TERESA DEL VALLE MURGA**

**Catedrática de Antropología  
Social. Dpto. de Filosofía de los  
Valores y Antropología Social.  
Universidad del País Vasco**

*Contenidos y  
significados de  
nuevas formas  
de cuidado*



## *Introducción*

1 .

Como punto de partida interesa saber lo que abarca el cuidado. Por apoyo y cuidado se entiende todo un conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas y es un componente básico en la construcción social del género que repercute directamente en la identidad y en las actividades que realizan las mujeres (Comas d'Argemir 2000: 187-188).

La tradición del cuidado forma parte de la diversidad de la experiencia de los grupos humanos. Así la antropóloga Aurora González reconoce la importancia del cuidado de las criaturas en base a que éstas nacen desvalidas y por lo tanto surge la pregunta ¿quién las cuida? Sin embargo, también plantea un abanico amplio donde se puede llevar a cabo el cuidado y que cuestiona las afirmaciones universalistas de que este cuidado se dé siempre en el núcleo familiar, tal como lo entendemos en las culturas occidentales. Lo que sí que plantea es que en cada cultura debe definirse con claridad quién cuida de las criaturas (1). Este planteamiento sí que es de interés para aplicarlo al cuidado de otras personas dependientes por edad, condicionamientos físicos y o mentales porque puede ayudar a situar los cambios que se están produciendo en las prácticas del cuidado así como la conformidad, resistencia a ellos. Aunque en esta exposición tengo en mente este marco amplio del cuidado, me centro en la comprensión del cuidado de personas mayores.

El cuidado y su problemática se erige en un campo en evolución continua debido a que se centra en las necesidades de las personas y no cabe por lo tanto recluirlo a ámbitos periféricos. Pero el ritmo de cambio debe relativizarse. Aunque se hayan producido cambios en el acceso a la educación, la entrada en el mercado de trabajo, la disminución en el número de hijos/hijas, no se han introducido cambios semejantes en la responsabilidad del cuidado. Y a pesar del enraizamiento que tiene, permanece socialmente invisible porque: se realiza principalmente en el ámbito familiar, es difícil de categorizar como trabajo, se le relaciona con interpretaciones naturalizadas. Un recorrido por la historia de la familia, de la vida privada, muestran que el cuidado ha sido una constante y también que el protagonismo ha correspondido y lo llevan a cabo principalmente las mujeres aunque bajo esta categoría entra una diversidad de mujeres (2). Lo mismo cuando se generaliza acerca del cuidado de las personas mayores. Es evidente que tradicionalmente se ha realizado en el contexto de la familia pero hay que tener en cuenta que el concepto de familia, aún en las sociedades occidentales, ha experimentado grandes cambios, tanto en cuanto a su composición, como en relación a los condicionantes provenientes de las diferencias de clase, el medio rural o urbano; y aún dentro de una nación, las diferencias de unas regiones a otras.

---

(1) Es un planteamiento de gran interés que forma parte de investigaciones planteadas por la autora en 1998:283-299.

(2) Un ejemplo lo tenemos en la tradición de las nodrizas. La recurrencia a estas mujeres para la crianza de hijas e hijos no estaba relacionada de manera automática con la falta de atención hacia ellos (Pollock, 2002: 293-297).

---

Tampoco es una novedad la tradición de hogares liderados por una mujer mayor que en muchos casos se presentan como un fenómeno producto de la sociedad contemporánea (Barbagli y Kertzer, 2002: 13-26).

Las resistencias a objetivar lo que representa el cuidado dificulta el ver que tiene componentes materiales y sociales muy importantes. Se debe a que tiene un componente afectivo porque se quiere a las personas a las que se cuida y las tareas se dotan de un contenido moral ya que entran dentro de las obligaciones del parentesco. Con frecuencia se naturalizan y se recalca la disponibilidad, cualidades que poseen las mujeres como si fueran innatas, en vez de verlas fruto de la socialización y del peso del mandato cultural que asigna tareas diferenciadas a mujeres y a hombres. Esta fijación se define como proceso naturalizador. Cuando se realizan fuera del contexto afectivo y moral se hacen visibles y es fácil valorarlas y verlas dentro de la división social del trabajo. Tal como dice Comas d'Argemir, "las funciones asistenciales sólo resultan visibles cuando no es la familia la que las hace" (Ibid.:189). De todo ello se desprende que la obligatoriedad del cuidado es una referencia compleja donde por un lado existe toda una ideología que lo sustenta y que tiene relación directa con el campo de las relaciones de parentesco y de matrimonio, y también de manera indirecta, con la religión. Pero simultáneamente, cada situación tiene características específicas y por ello la casuística es inabarcable. Por ello las consecuencias que tiene la obligatoriedad y las vivencias que desencadena no se solucionan con un listado de casos. De ahí que sea preciso aunar una comprensión global del fenómeno, el desarrollo de políticas públicas articuladas con otras provenientes de otras áreas de la vida social, y el reconocimiento de los procesos individuales y específicos de las personas cuidadas y cuidadoras. Esta tercera dimensión requiere a su vez de enfoques multidisciplinarios. Así la conciliación entre vida personal y vida laboral requiere, en el caso de muchas mujeres, de elaboración de distancias emocionales, de la reflexión sobre la responsabilidad y la obligatoriedad que produce y de la incidencia que tiene el cuidado en la reivindicación de identidades y autonomías personales; por citar algunos ejemplos de lo que entiendo por complejidad. Es necesario verlo a su vez como producto de ideologías y prácticas muy consolidadas que cuentan con una gran apoyatura social.

2.

## *Los contextos a tener en cuenta en el análisis del cuidado*

Para ver la perspectiva innovadora que plantea la crítica feminista para el análisis social, se considera la centralidad del cuidado ya que el verlo de manera periférica se debe a la ideología que plantea la separación estricta entre producción y reproducción y por ello de las esferas domésticas y públicas. Incide esta separación de una manera directa y negativa a la hora de articular la vida social y vida personal. El cuidado es un concepto y una práctica clave para entender la compleji-



---

dad de la articulación y un tema de incidencia directa en el desarrollo de cambios para la mejora social a corto, medio y largo plazo. Su tratamiento tiene relación con los grados de implementación del Estado del Bienestar y por lo tanto, con las consecuencias que se derivan de la suspensión de políticas públicas. Es evidente que cualquier discontinuidad en una política social afecta directa o indirectamente al ámbito doméstico o a aquel más amplio de las relaciones familiares.

La construcción del cuidado y su vivencia implican distintos niveles de intensidad y por ello la consideración de grados diferentes en la definición de la responsabilidad asignada y por ello internalizada, en relación a la obligatoriedad del cuidado. En primer lugar figura el grupo doméstico o la familia, dependiendo de la situación específica que entre en la consideración. En segundo lugar abarca las relaciones sociales más amplias que van desde las familiares hasta las que influyen en crear opinión. En tercer lugar hay que pensar en el marco donde ejercen las instituciones las responsabilidades del cuidado que van desde lo más cercano al grupo doméstico que siempre se toma como punto de partida, al más amplio que sería el Estado.

Ninguno de los niveles a consideración están totalmente separados sino que más bien se da una situación de retroalimentación. Así el rol del Estado de proporcionar funciones asistenciales hay que verlo con relación a la función asistencial de la familia. A pesar de que la función de la familia productora de bienes disminuyó con la industrialización y el acceso al trabajo asalariado, sigue siendo una unidad básica de prestación de servicios. En base al peso del afecto, la familia sale al paso de las necesidades de mantenimiento y apoyo a lo largo de la vida: "gestación, crianza, salud, manutención, vestido, alojamiento, educación, transmisión de valores, cuidados" (Comas d'Argemir *Ibíd.*, 191). Sin embargo la familia también ha ido cambiando: disminución del número de hijos/hijas; alargamiento de la vida; incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, asunción del valor de la autonomía individual de las personas y sin embargo, persiste el énfasis en la tarea asistencial de la familia. Son las mujeres las que insertas en el cambio reciben el peso de obligaciones consideradas tradicionales como son: la organización de los servicios domésticos, la socialización, la atención a las personas dependientes pero también las nuevas como es el mantenimiento afectivo en situaciones de paro, el seguimiento de actividades escolares y extraescolares, el cuidado de personas mayores que cada vez viven más tiempo. Por ello es importante plantear la desproporción que existe entre el aumento de las responsabilidades que recaen sobre la familia y las responsabilidades producto de los cambios que afectan a las y los miembros de las familias. Y es de sumo interés el descubrir ciertas ideologías que afectan de una manera sutil a la pervivencia no solamente de responsabilidades del cuidado que recaen sobre las mujeres, sino que inciden en la devaluación del cambio.

3.

## *El poder de las representaciones y de las ideologías*

Para el análisis de las representaciones me baso en las contribuciones del antropólogo Jack Goody (1997) y que se recoge en un estudio reciente acerca de la emergencia de nuevos modelos (3).

Goody (Ibid:47) emplea el término en el sentido de "traer hacia el presente algo previamente ausente" (del Valle (Directora) et.al. 2002: 28). Entre las características está el aspecto visual dado que esto es una característica del mundo, pero incluye asimismo la representación de lo abstracto que puede expresarse en un objeto. Resalta también la importancia básica que tiene la intencionalidad en la representación y dado que es la "presentación de algo que no está presente" puede adoptar una forma tanto lingüística como visual. Para Goody las representaciones se refieren siempre a algo, de ahí que sean ideas, y no la cosa en sí aunque en ocasiones se presenten como si fueran realidades objetivas. Las representaciones son fundamentales para la vida social porque son inherentes a la comunicación y formas de expresión humanas. Y asimismo, configuran un espacio simbólico e imaginario que actúa de referente en la conciencia y la identidad social, política y cultural. Desde este enfoque las representaciones de género se erigen en elaboraciones simbólicas tanto visuales como discursivas. Si las pensamos de manera global, se refieren a las relaciones entre hombres y mujeres y su lugar en la sociedad y si las consideramos de manera específica en relación con el tema de esta ponencia, se trata de todo aquello que tiene que ver con la configuración de lazos tangibles e intangibles que conllevan obligatoriedad, emociones, peso si se transgreden. Se manifiestan de distintas maneras entre las que cabe destacar las metáforas, símbolos, estereotipos. Constituyen el conjunto de ideas, creencias, significados, aprehensiones a través de los cuales cada sociedad en un tiempo histórico concreto define tanto los atributos sociales y psicológicos como los estereotipos de los grupos sociales en cuestión. Así en el nivel general "las representaciones de género poseen una dimensión simbólica que afecta y es afectada por la división del trabajo, afecta y es afectada por las estructuras de poder y asimismo contribuye a la construcción de las identidades subjetivas. Del mismo modo, tales representaciones definen un horizonte normativo que regula las pautas de interacción entre los individuos y proporcionan modelos de relación social" (Ibid.: 28). En el tema específico del cuidado se nutren de modelos que ejemplifican cualidades, actitudes que gozan de una amplia aceptación social.

Las representaciones se perciben de maneras diversas y hay campos de la experiencia humana que producen representaciones poderosas como es el caso de la religión. El calado que tenga una

---

(3) Para un análisis de las representaciones en el desenmascaramiento de los sistemas de género ver del Valle, Directora et. al. (2002).

---

representación tendrá mucho que ver con las emociones que suscite. Así representaciones de la niñez vinculadas a la emoción de las relaciones materno y paterno filiales tienen en general un peso específico. Cuando tienen su apoyatura en el peso normativo de la emocionalidad religiosa es difícil de hacerles frente y el proceso tendrá que abarcar el conocimiento de los orígenes, la racionalización de su interiorización y apoyos, experiencias emocionales que puedan equilibrar la hondura de la experiencia. No entro para ello en el campo de lo psicológico sino que hablo de procesos que pueden darse de manera grupal, a través de lecturas, en el conocimiento de lo que han representado estos procesos a través de los tiempos y a través de estudios realizados especialmente desde una óptica feminista.

En muchas culturas y especialmente de Europa del Sur las representaciones religiosas han tenido gran impacto. Y en la actualidad aunque se está dando un proceso de laicización, todavía es minoritario y se da de manera paralela sin que hayan desaparecido de las estructuras profundas de la sociedad el peso de las representaciones religiosas. Esto está de manera más presente en las generaciones tanto de mujeres como de hombres a partir de los 50 años. Esto es importante a tener en cuenta porque abarca a cuidadoras/cuidadores y a las personas cuidadas tanto hombres como mujeres. Por ello nos podemos encontrar con que la influencia de las representaciones pueden no estar presentes en el entorno específico de la cuidadora/cuidador y sin embargo, constatar que permanecen arraigadas en las personas cuidadas, en su entorno generacional, en las instituciones que asumen el cuidado. Las instituciones que asumen el cuidado pueden ser además instituciones privadas que conciertan sus servicios con las instituciones gubernamentales. Aunque en Estados laicos no se debería dar una identificación específica con los principios religiosos de la institución concertada, no siempre ocurre así. Por el contrario, son en muchos casos permeables a las orientaciones religiosas de la institución privada.

En relación al peso de la socialización de la religión me parece una fuente excelente la obra de la historiadora Marina Warner *Tú sola entre las mujeres. El mito y el culto de la Virgen María* (1991) donde a través del recorrido histórico que lleva a cabo, se accede a las representaciones acerca de la figura de la Virgen y su incidencia en la construcción de atributos definitorios de la mujer. Para ello me fijo en dos campos de representación por la vinculación que tiene su temática con la vida doméstica y con el universo de las mujeres que es donde se asienta el cuidado.

Warner sostiene que la identificación de la Virgen con las mujeres en sus aspectos sustanciales no ocurrió hasta que la orden franciscana realizara una revolución en el pensamiento cristiano sobre la Encarnación en el siglo XIII y principios del XIV. Desde una época temprana es evidente que los Santos Padres habían ensalzado como modelo para las mujeres el cultivo del silencio, la modestia y el recato. Pero le correspondió a Francisco de Asís (1181-1226) la traducción del estado espiritual a una condición física y social (241). Así gracias a la ética de la humildad, la sencillez, el despojamiento, el culto de la Virgen sufrió un cambio profundo. Es en 1346 cuando aparece una tabla con "La Madonna de la Humildad" que parece atribuirse a Simone Martín. Aparece vestida de manera sencilla, con frecuencia amamantando al niño, y desposeída de cualquier referencia a su divinidad ya que sólo algunas veces se incorporan las estrellas y la luna de la Mujer del

---

Apocalipsis. Por el contrario aparece la imagen de la Virgen de la Humildad que condensa la nueva tendencia de profunda intimidad, que los hombres sintieron entonces, y que les sirve de referencia y vínculo con los más elevados, y por lo tanto lejanos, misterios del cristianismo.

### 3.1

#### LA MADRE DE FAMILIA COMO MODELO PARA LA COHESIÓN

Dentro de la lógica de la piedad franciscana, se desarrolló una veneración por el núcleo familiar donde el centro del misterio era el niño acompañado de San José y de la Virgen María en actitud de adoración. A pesar de que tanto Jesús como María fueran los modelos donde resaltaba la pobreza, humildad y obediencia y que se animara a los cristianos y cristianas a imitarles, las características de estas virtudes—dulzura, docilidad, paciencia— se presentan como virtudes femeninas, especialmente en los países católicos mediterráneos (Ibid.: 243-245).

El nuevo idealismo se orientó a la recreación de la Sagrada Familia como el lugar de la convivencia armónica donde María se sometía humildemente al cabeza de familia, con lo que desapareció la figura de la Virgen como símbolo matriarcal; todo ello se hace evidente a través de la importancia creciente que adquiere la figura de San José desde finales del siglo XIV en adelante. Se instaure su fiesta, Santa Teresa de Avila lo adopta como patrono personal; a lo largo del siglo XVIII fue el santo principal de doscientos conventos de la Orden Carmelitana. Pasa de ser el venerable patriarca de las obras de arte con influencias bizantinas, al joven trabajador de pelo negro y se atribuye su virginidad a fines sagrados y no a la debilidad de la vejez. Los libros piadosos llaman la atención de la juventud para que siga el ejemplo de la Virgen en su forma de vivir en Nazaret donde ejerce su pureza, sumisión y pobreza y que se convierten en las esencias de la maternidad. José le proporciona la protección y el mantenimiento de ella y el niño y ella responde con obediencia, respeto, humildad y dulzura. Es más, se ve de manera positiva su silencio en los Evangelios, siendo por ello un ejemplo para que las mujeres permanezcan calladas.

Warner distingue entre las virtudes que la Virgen María llegó a representar bajo la influencia del culto medieval como son la pobreza y la humildad, que según ella no deben en sí mismas desdenarse, y el entramado de tabúes religiosos y aprobación social que obligaron a las mujeres a cultivar esas virtudes para poder identificarse como tales. Y que esas mismas cualidades en el caso de los hombres de los países católicos, les despojarían precisamente de su identidad masculina. También insiste en que sucede que ese tipo de virtudes estipuladas como femeninas derivan en otras condiciones: la obediencia se transforma en docilidad, la amabilidad en indecisión, la humildad deriva en servilismo, la paciencia pasa a ser resignación (Ibid: 251-254).

Lo mismo que ha sido de interés para la comprensión del impacto de las representaciones en torno a la Virgen y Madre, interesa ver cómo surge el culto de la Mater Dolorosa que conlleva el énfasis en el dolor y en la asociación con el dolor del hijo. Empezó a tomar auge en Italia, Francia, Inglaterra, Países Bajos y España desde finales del siglo XI, alcanzando su pleno florecimiento en el siglo XIV, cuando se reconquistaron los Santos Lugares y se empezaron a popularizar las peregrinaciones a Tierra Santa. Sin embargo el carácter espontáneo que adquirió el culto a la madre dolorosa fue una vez más creación de los franciscanos (Ibid.: 278). Se debió a la experiencia que tuvo Francisco de Asís que dos años antes de su muerte experimentó las llagas de Cristo en su propio cuerpo. A partir de dicho momento se incorporó mediante las estaciones del Vía Crucis la experiencia de la Vía dolorosa y se enfatizaron aquellos momentos en que aparecía la Virgen. Centrándose en su figura, se revivía la crucifixión, el descendimiento y el entierro y en su dolor tanto hombres como mujeres podían mediante la oración sentir el dolor y la agonía. A través de la Virgen se accedía a una comprensión emocional de lo que resultaba tan lejano como era el misterio de la Redención (Ibid.: 278). Debido al poder de las representaciones, en el sentido que siguiendo a Goody (1997) aludía al comienzo, lo lejano se hace presente. Así en la representación de la Virgen se traía algo lejano, como era el sacrificio del Gólgota, a la experiencia cercana de la feligresía ya que permitía personificar el sentimiento humano de una forma accesible y comprensible.

El impulso del mito de María, que busca siempre un paralelismo de su vida con la de Cristo, hizo del Calvario el punto central de la Pasión de Cristo. Surgieron poemas que expresaban el dolor de la Virgen como es el *Stabat Mater* del siglo XIII. Aquí cabe señalar la importancia de la relación entre el contexto histórico y social y el desarrollo y especialmente la aceptación de ciertas representaciones. Fue la calamidad de la Peste Negra que aniquiló a la quinta parte de la población de Europa la que explica el auge del culto basado en la imagen de la Virgen Dolorosa. La experiencia de la muerte violenta cotidiana y cercana que rápidamente se asoció con el pecado tenían más fuerza que cualquier sermón eclesiástico. En los momentos de mayor intensidad entre 1348-1350, era algo muy generalizado el ver la peste como un castigo de Dios debido a la maldad del género humano. Por ello surgieron nuevas agrupaciones religiosas que tenían como meta el renovar las conductas de manera que no fuera necesario el que la divinidad recurriera a un castigo como el de la plaga. En la figura de la Virgen encontraba la gente una forma de identificación con su dolor y también la veían como intercesora ante Cristo juez implorando su clemencia para salvar a la humanidad pecadora (Ibid.: 279, 282-285).

Una mirada hacia atrás para tener una comprensión del desarrollo de las representaciones sobre la Virgen en los últimos cien años evidencian que se había elaborado una figura cercana y ama-

---

ble de la que podía esperarse compasión y consuelo. Por el contrario el culto a la Mater Dolorosa puso de relieve apoyado por las circunstancias sociales, su participación en el común destino, lleno de avatares, de la humanidad. Las repercusiones de la Peste Negra enfatizaron el poder, el respeto no ausente de terror de la figura del Cristo Juez, mientras que la Virgen a través del dolor conservó su tono humano. Sus dolores llegaron a ser un lugar de convergencia común de las preocupaciones medievales. En el siglo XVII se fijaron en siete los dolores de la Virgen objeto de culto. Se hizo popular la iconografía de Nuestra Señora de los Dolores cuyo corazón estaba traspasado por siete espadas (Ibid.: 285-287). Francisco de Sales (m.1662) recordó a su audiencia que María no era temerosa, sino que permaneció llena de coraje al pie de la Cruz, "sin exhibir signos de histeria ni debilidad femeninas" (288). La festividad se extendió a toda la Iglesia y el Stabat Mater se incorporó a la liturgia en el siglo XVIII. En el XIX se instituyó su fiesta, el 16 de septiembre, tal como se celebra en la actualidad.

4.

*Lo que implican las  
nuevas formas de cuidado  
visto desde las unidades  
más cercanas: el  
cuidado transferido*

He planteado anteriormente la importancia que tienen las representaciones y cómo sirven de apoyo a comportamientos sociales y a expectativas. En el caso del cuidado afectan a las que cuidan y a quienes esperan ser cuidadas, a las instituciones que promueven políticas públicas y aquellas que las llevan a cabo. De ahí que interese ver qué cambios en el cuidado que rompan con dichas representaciones van a ir contra corriente. El cuidado directo asignado tradicionalmente a las mujeres tiene como referencia las relaciones de familia y especialmente las materno-filiales y de ahí se derivan expectativas y modelos. Se sustentan a su vez de definiciones concretas acerca de la familia y del espacio doméstico, y el cuidado en casa se considera como una expresión de lazos familiares fuertes que se imbuyen a su vez de interpretaciones de afectos, amor. Sin embargo las nuevas formas de cuidado se orientan a transferir tareas del cuidado del ambiente doméstico y de los lazos familiares a personas asalariadas, a instituciones. Supone a su vez una ruptura con la dicotomía entre lo doméstico y lo público, por ejemplo en el caso de asumir servicios que prestan las instituciones, bien que sea a domicilio o en centros especializados: centros de día, residencias. Se ponen en relación directa unidades que tradicionalmente han estado separadas y que se pre-

---

sentaban muchas veces como antagónicas como sería lo doméstico visto como ámbito de la privacidad, de los afectos, y lo público, ámbito de la representación institucionalizada distante.

Ello tiene consecuencias muy directas para las personas que tradicionalmente han estado asignadas socialmente para las tareas de cuidado. Se da en muchos casos una tensión que puede identificarse como estructural. Por un lado la sociedad sigue asignando principalmente a las mujeres el cuidado, y por otra, las condiciones cambiantes de las vidas de las mujeres y el cambio lento pero constante de una mayor implicación de los hombres en el cuidado, requieren de cambios estructurales que lleven a redefiniciones de roles; a la construcción de nuevas representaciones y a des-territorializar el cuidado, como explicaré más tarde. Las mujeres principalmente y de refilón los hombres, se encuentran con pocos modelos para ello. Las instituciones todavía están más acostumbradas a que sean las mujeres las que hagan el trasvase, es decir, las que realicen el seguimiento de las personas que la institución cuida. Esto se trasluce en el seguimiento, por ejemplo, cuando se lleva a una persona mayor en un centro de día. Lo mismo sucede cuando se realizan estancias temporales o cuando se interna a una persona mayor en una residencia. Es mucho más frecuente que el contacto más habitual lo realicen las mujeres. Esto supone a su vez que los vínculos entre las personas cuidadas y los referentes de las personas que tradicionalmente realizaban el cuidado sigan vigentes. Es también más habitual que sean ellas las que están presentes cuando los ingresos, en las visitas, en los días en los que participan las familias. De ahí que cuando también se ve a hombres que están presentes en acompañamientos, en visitas, proporcionando enseres que se solicitan desde el centro, es más frecuente que se resalte el valor de lo que hacen, mientras que apenas se recoge cuando lo llevan a cabo mujeres. Tanto los cambios que representan como las dificultades para el reconocimiento social igualitario de las contribuciones de hombres y de mujeres no hay que verlo simplemente como acciones puntuales ya que su presencia y actividad contribuyen a generar representaciones flexibles del cuidado. Esto son indicadores de cambio, al menos, de ciertos cambios iniciales.

Estas nuevas formas de cuidado requieren no solamente de formas de actuación innovadoras sino también de nuevas representaciones, especialmente desde las unidades más cercanas como sería el propio grupo doméstico. Las representaciones ancladas en la religión se erigen en muchos casos en bases lejanas sobre las que se sustentan ciertas actitudes ante el cuidado que dan paso a la obligatoriedad, estímulo, recompensa moral. Al mismo tiempo por el mismo peso que tienen, contribuyen al desarrollo de ciertos sentimientos de culpa cuando el comportamiento es diferente de aquel que está socialmente estipulado de manera mayoritaria.

Hay quien pueda decirme que una persona creyente no podría renunciar a las creencias que Warner analiza críticamente. Sin embargo hay sectores progresistas dentro de la misma Iglesia Católica que en la medida que han cuestionado el rol excluyente de la mujer dentro de la institución, también aportan nuevas representaciones que necesariamente sirven de apoyatura a otro tipo de comportamientos.

Es importante señalar que es necesario desarrollar todo lo que física y emocionalmente implica el cuidado transferido; ello implica tanto a las personas objeto de cuidado como a aquellas que o

---

bien ya tienen asignado por tradición las tareas de cuidadoras, como aquellas, tanto hombres como mujeres, que aunque no lo tenían interiorizado, deben entrar en la responsabilidad del cuidado. En este campo de los cambios la información generalizada es importante que llegue a sectores amplios de la población. Lo mismo que en su momento se fue desarrollando todo un debate acerca del cuidado de la infancia y todavía sigue abierto el debate acerca de las guarderías, escuelas infantiles, también el cuidado de personas dependientes por enfermedad, edad, debe formar parte del debate social. Además es un tema que abarca a toda la población y por lo tanto requiere de una implicación general.

#### 4.1

#### EL CAMBIO CONLLEVA LA SUPERACIÓN DEL BINARISMO Y EL DESARROLLO DE UNA MAYOR FLUIDEZ

Cuando Nancy Duncan (1996: 127-45) habla de la necesidad de renegociar el género y la sexualidad para promover el cambio, se refiere asimismo a la necesidad de superar la oposición privado-público. Como otras autoras lo han hecho ya de manera consistente y desde distintas disciplinas, dicha oposición ni es universal, ni tiene los mismos contenidos allí donde existe, ni puede muchas veces objetivarse (4). Sin embargo, el concepto y la práctica de su separación tiene gran peso. Considera Duncan que la distinción privado-público tiene gran vigencia y en la actualidad está entre los principios espaciales más importantes en Norteamérica y Gran Bretaña. Personas, grupos, instituciones actúan como si se tratara de una división férrea. Esta división se manifiesta con más fuerza en momentos de recesión, especialmente en aquellos países que tras una bonanza de bienestar social, emprenden campañas de reducción de los servicios y prestaciones sociales. En esos momentos se refuerza la separación, generalmente para reforzar la familia y hacer que la ideología de sus responsabilidades contribuyan a potenciar la asunción de cargas familiares, especialmente aquellas vinculadas al cuidado. Es interesante ver cómo Duncan se fija en aquellos sectores que cuestionan el binarismo y que corresponden a grupos sociales marginados. En su caso se fija en colectivos de mujeres maltratadas, minorías sexuales. Lo que me parece de interés es que Duncan hace un planteamiento amplio en el que dice que se debe de trabajar por abrir el espacio privado y simultáneamente, situar el espacio público en un amplio debate y cuestionamiento.

Con la separación argumenta que se preserva el espacio público libre de la pasión o de expresiones de sexualidad que no están naturalizadas, normativizadas o condenadas. Se establecen normas para desterrar de la vista comportamientos que en muchos casos se consideran repugnan-

---

(4) Sobre el desarrollo del binarismo doméstico/público y hogar/trabajo Maquieira recoge aportaciones significativas desde la antropología (2001:149-158)



---

tes y así lo son (violencia doméstica) pero también se aplica a la homosexualidad o la prostitución. Se produce un aumento progresivo de la separación del debate público y de la expresión política, de manera que los contenidos de lo que se considera privado/público se debaten en un espacio controlado y profundamente separado de los marcos donde acontecen y de las personas implicadas. Por ello se produce un tipo de discurso cada vez más racional y una formalización de los procesos de decisión políticos siempre bajo las condiciones del orden público. Esto ha dejado que la esfera doméstica permanezca invisible, regulada de manera selectiva y en general libre del escrutinio público. Sin embargo, argumenta la autora, "certain so-called private issues need to be deterritorialized, that is more thoroughly public (zed) and legitimated as appropriate to public discourse". La autora menciona estrategias de salida. Así los discursos subversivos que se hayan articulado primero en lo privado deben de salir afuera. Las y los miembros de grupos marginados deben de buscar las formas de estar, negociar el camino. La meta es el organizar una crítica compleja acerca de los límites espaciales y discursivos que regulan el comportamiento y castigan la diferencia. Entre otras cosas implica una "salida" para todo el mundo de manera que los límites entre lo privado y lo público puedan desestabilizarse. Al concepto de "outing" (salir fuera) que se ha utilizado para indicar la salida desde la regla heterosexual a nuevas identidades sexuales, Duncan le da un sentido general de una espacialidad transformada y empoderada, que se expresaría en la creación de espacios suaves, lisos, que potenciarían la fluidez. Toma de Deleuze y Gujattari (1987) la noción de espacio suave, liso o de espacio sin límites como opuesto al espacio del Estado que lo describen ambos como lleno de estrías o espacio quebrantado (Duncan Ibid: 142). Define el espacio suave en contraste con espacio defendido, excluyente, confinador donde se dan las prácticas opresivas patriarcales, heterosexuales impositivas pero que también se refieren a el confinamiento de la separación entre lo privado/público. Doren Massey (1998) siguiendo a Bordieu resalta la importancia de los dualismos vividos, como un elemento de la práctica diaria.

#### 4.2

#### RESPONSABILIDAD COMO CONCEPTO Y EXPERIENCIA

Dolors Comas D'Argemir propone que analizar críticamente el cuidado exige identificar el peso que tiene la responsabilidad en la vida de las mujeres.

La responsabilidad del cuidado no se improvisa sino que se requieren pasos previos que tienen que ver con la asignación de roles y especialmente de su intercambiabilidad. Cuando los roles son fijos es difícil iniciar los cambios precisamente en los momentos más difíciles, es decir, cuando surgen problemas vinculados a la enfermedad y especialmente al deterioro que origina la edad. Es más fácil un cuidado dependiente del placer por acompañar a una persona que aquel que se deriva de la obligatoriedad. La responsabilidad se deriva de la asunción de los derechos y obligaciones que conllevan los roles. Así vemos que hay personas que han tenido muy claro que sus roles de hijos/hijas les llevaba más tarde a asumir tareas de cuidado. De los roles de madre y padre también se derivan con claridad responsabilidades. En ello juega un papel muy importante la de-

---

finición social de los roles y por ello las expectativas definidas en cada sociedad. Con mucha frecuencia he oído a una persona decir que la sociedad define claramente "a quién le toca" aunque está en la disposición de cada persona el responder a ello o no. En esa respuesta también existen diferencias entre las expectativas sociales y las personas. Y también las discrepancias se dan más entre las mujeres que entre los hombres en relación a la asignación de "a quién le toca", como he indicado antes. Cuando un hombre asume tareas de cuidado que la sociedad no consideraba que "le tocaban a él" tiene un mayor reconocimiento mientras que en el caso de la mujer que asume dichas tareas se considera que lo único que hace es responder a aquello que ya se esperaba de ella. Por todo ello, los cambios son mucho más costosos para las mujeres que para los hombres. En la actualidad cuando una mujer reclama cambios respecto a las tareas, dedicación, grado de obligatoriedad que le corresponde, es porque ha habido ya toda una reflexión que ha llevado a cabo respecto a sus responsabilidades. También porque en muchos casos ha decidido enfrentarse con rebeldía a las expectativas sociales y porque ha reconocido la importancia del cuidado transferido. La definición de responsabilidades debe comenzar ya en la socialización temprana pero en la actualidad, hay que considerar las situaciones derivadas de asignaciones bastante fijas de los roles del cuidado. Y de que todo cambio va a implicar redefiniciones de roles y asumir el lugar que corresponde al cuidado transferido. Implica todo un proceso de nuevos aprendizajes, tema que he tratado de manera específica en otro lugar (del Valle 1991/93).

#### 4.3

#### LA VALORACIÓN DEL CUIDADO REALIZADO

Muchos de los vínculos que se expresan en el cuidado tienen que ver con la obligatoriedad proveniente de los lazos de parentesco y también de la consanguinidad. Una nuera cuida en el lugar del cónyuge pero su obligatoriedad no es tanta como de la hija respecto a la madre y/o el padre. El peso de la obligación también se expresa en la valoración del cuidado realizado. Todo ello incide también en los orígenes de la resistencia a los cambios. Lo mismo que somos las mujeres las protagonistas asignadas del cuidado también somos productoras de ciertas resistencias. En una ocasión hablaba con una mujer mayor del cuidado transferido. Rápidamente me señaló que una residencia no es el lugar para que esté una persona mayor sino que se la debe de cuidar en la casa. Enseguida echó mano de sus recuerdos. Relató cuidados que había proporcionado a su madre y lo bien que había estado. Con ello no interpretaba que estaba reclamando que se hiciera lo mismo con ella sino que reclamaba el mérito de lo que había hecho. También establecía un paralelo entre una forma de cuidado personalizada, directa, entre la persona y el parentesco y otra lejana, entre la persona y una cuidadora/cuidador profesional. Al final quedaba para ella lo positivo de lo que había realizado con independencia de lo que hubiera supuesto en el momento concreto. Quizá la alternativa que veía producto del cambio le pareciera que significaba el rechazo de lo que se valoraba altamente en una época anterior que era de la que tomaba su referencia. Es fácil que no se hubiera parado en contextualizar las expectativas y vivencias en las que realizó el cui-

---

dado y que empezaban a diferenciarse de las que surgen en la actualidad como producto de cambios estructurales. De ahí que en la consideración de los cambios que exigimos las mujeres o de los que nos empeñamos en ir conquistando, haya que tener en cuenta el origen de resistencias. Muchas de ellas tienen que ver con el reclamo al reconocimiento de lo que se hizo en un momento y que tuvo su valor en el contexto tanto cercano como social más amplio. De ahí la necesidad que se pueda sentir de no verse privada de dicho reconocimiento.

5.

## *Los cambios de las nuevas formas de cuidado vistos en relación a las instituciones*

Dada la relación existente entre tareas de cuidado y la incidencia social que representan, ciertos cambios precisan una implicación directa por parte de las instituciones y por ello, la elaboración y aplicación efectiva de políticas públicas en el ámbito de los servicios sociales. En vez de resaltar otros Ministerios como importantes, los servicios sociales deben situarse junto a los Ministerios de economía, transportes, urbanismo por citar algunos. Es más, los servicios sociales y el cuidado dentro de ellos, inciden en áreas concretas de dichos ministerios. Por ejemplo, los trabajos de María Angeles Durán han demostrado con gran rigurosidad que el cuidado, cuando se contabiliza como ella lo ha hecho, tiene mucho que ver con el Producto Interior Bruto (PIB) y de ahí con la economía estatal (Durán Dir., 2000).

Las instituciones tienen que cambiar su orientación que implica la identidad social del cuidado con entidad propia; es decir, pasar de pensar en las mujeres como cuidadoras, a pensar en las necesidades que presentan los grupos domésticos y que dichas realidades deben considerarse tan prioritarias como cuando se habla de la salud en general.

El desarrollo de los nuevos modelos de cuidado tiene relación con nuevas formas de estar de las mujeres así como con una reubicación de la responsabilidad y racionalización de sus consecuencias. Es una dinámica que surge principalmente en los países industrializados. Señalo algunas de sus consecuencias. En primer lugar se establecen límites que separan el cuidado directo del peso de las relaciones afectivas basadas en el parentesco y consanguinidad. En segundo lugar, se llevan a cabo en lugares diferentes de donde se han realizado tradicionalmente: el ámbito doméstico, el espacio a ubicarse en los centros de Día, residencias de larga duración, residencias temporales, apartamentos tutelados, por mencionar los más habituales. En tercer lugar, que son profe-

---

sionales las personas que asumen de manera directa el cuidado, y cuarto, que las personas que cuidan directamente, lo mismo que aquellas que asumen las tareas de supervisión, responsabilidad última merecen una consideración especial.

Recuerdo bien la primera vez que entré en una residencia para personas mayores en Estados Unidos hace años, en la década de los 60 del pasado siglo. Me sorprendió ver a tanta gente mayor junta ya que estaba habituada a verles en los círculos familiares, de amistad. Los llamados hospicios en aquel momento eran aún minoritarios. También me sorprendió el ver a las personas mayores maquilladas, con pelos teñidos, con trajes claros, por ejemplo rosa palo. Identifiqué a personas que habían elegido la residencia como parte de un proceso en el que siendo conscientes de que los años limitan, querían ser cuidadas. Así muchas de ellas salían a la ciudad de compras para volver a lo que consideraban la residencia como su domicilio habitual. Las familias estaban presentes especialmente en horas de visita de los fines de semana y siempre que se hacían fiestas especiales. De hecho era frecuente ver a familiares que venían al Centro donde habían residido familiares que ya habían muerto. Y en distintas ocasiones oí cómo expresaban agradecimiento hacia las personas que habían cuidado a una de sus personas queridas. Esa distancia de las familias que transferían el cuidado a profesionales me hacía pensar en otras formas de concebir la familia que lo atribuía en ese momento, a la organización social de la sociedad norteamericana, sin saber que todo ello era producto de cambios que se iban a dar aquí años más tarde. Más tarde, al volver a Euskadi a finales de los años setenta, comprendí que los cambios estaban aquí pero que las instituciones iban por detrás de los cambios. Era evidente que los cambios que aquí se reclamaban: en el marco político, en el educacional, en el mercado de trabajo, en la sanidad se percibían como cambios que afectaban a todas las personas y eran por tanto de un gran interés social. Sin embargo, el mundo del cuidado de las personas dependientes por edad, minusvalía, enfermedad seguía escondido tras los muros de la esfera doméstica. De ahí que esté resultando tan difícil relacionarlo con los cambios que se definen de manera amplia. Sin embargo los cambios han sucedido y cada vez resulta más acuciante el responder a ellos. Por ejemplo la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, las nuevas necesidades que demandan más cuidados hacia las personas mayores, más comodidades; la mayor movilidad de las familias; el derecho a disfrutar de periodos de vacaciones; la carestía de la vivienda y la reducción de los pisos; el alargamiento de la vida donde las mujeres vivimos una media de siete años más. Unido a esto existen toda una serie de demandas de la vida cotidiana como son los beneficios de la medicina preventiva que precisa también de mayores desplazamientos a los ambulatorios, al hospital. También el acortamiento de las estancias en los hospitales que requieren de cuidados que antes se llevaban en el hospital y que ahora se llevan en casa.

Es evidente que la vida actual requiere de desplazamientos y urgencias que hacen más difícil compaginar el cuidado de unas personas con distintos grados de dependencia con una vida laboral activa y/o con el cuidado de hijos e hijas que a su vez tienen cada vez una mayor demanda de atención, de traerles y llevarles ¿Cómo sacar el cuidado del entorno doméstico? Se da a través de una institucionalización y también de una profesionalización de ese tipo de servicios. Se ha pasa-

---

do de cuidar a delimitar el cuidado en un perfil profesional con distintos grados de especialización. Pero también el cuidado trasferido implica el reconocimiento de nuevas redes, de contactos entre el grupo doméstico y los centros y personas dónde se realiza el cuidado. Así es preciso ampliar no solamente la visión de donde se lleva a cabo el cuidado sino lo que significa el cuidado desde esta perspectiva extensa y la importancia que tienen las redes que se tejen entre el centro de Día, el entorno familiar, el entorno social.

Cuando una persona va a un centro de día supone una salida de su lugar de origen, es algo similar a una ruptura con aquel lugar con el que se la asocia principalmente. Va a ser distinto en los casos de personas que estén acostumbradas a salir, por ejemplo para el trabajo. También de aquellas que han pasado tiempo en otros lugares, en casas de parientes, amistades. Pero tanto para aquellas que salían habitualmente por trabajo y las que estaban habituadas a cierta movilidad, el centro de día representa una salida diferente que está regida por una disciplina de horarios, comidas, actividades. Se trata de una actividad que se convierte en regular y que sirve de elemento estructurador del día, tanto en cuanto a las actividades como en el contacto con otras personas. Para muchas personas representa algo diferente y que requiere de un período de adaptación tanto para las que van como para las que tienen responsabilidad sobre la decisión. Por ello la persona tiene que prepararse para ello y familiarizarse de antemano con el lugar, las condiciones. En general las razones para el desplazamiento suelen ser una combinación de necesidades de las personas necesitadas del cuidado y también de aquellas que directamente quedan al cargo de la atención de la persona mayor. Esto es importante el verlo en dicha interacción para entender las decisiones y lo mismo para la forma de vivirlas todas las personas implicadas. El centro de día, la residencia, se convierten en lugares de referencia que tienen su peso en la vida de todas las personas implicadas. De ahí que sea importante la articulación entre la casa como lugar de partida y de llegada y el centro de día como lugar de estancia temporal. Pero no es solamente el lugar sino también la relación entre todas aquellas personas que van a hacerse cargo del cuidado. De manera que exista un conocimiento y comunicación. La vivencia del cuidado en estas circunstancias ha pasado de ser algo local vinculado al mundo de la casa familiar a ampliarse de manera cotidiana. No es que antes el cuidado sólo se diera en la domesticidad como ya he apuntado en otros momentos, pero sí que ahora la amplitud de los lugares del cuidado así como del número de personas que intervienen en ello, es mucho más extenso.

## 5.1

## LA CORPOREIDAD DEL CUIDADO

Pienso que el cuidado establece una relación entre un espacio y el cuerpo cuidado. La persona que cuida, limpia, da de comer, viste, lo realiza en la expresión abierta o callada de las emociones de afecto, tristeza, rechazo, por mencionar algunas. Por ejemplo, en el cuidado de padres, madres, se experimenta la inversión dolorosa de los roles y con ello todo lo que conlleva, unas veces de desconcierto, otras de superación del pudor, por mencionar algunas expresiones. Al darse todo ello de manera continua se establece una relación estrecha con ese espacio que pasa a im-

---

pregnarse de las actividades, emociones, entendidas en su sentido más amplio, relacionadas con el cuidado. Además, el contexto social que percibe el cuidado vinculado al ámbito doméstico tiende a enfatizarlo. Por ello es importante la reflexión sobre el concepto de des-territorializar el cuidado para ver cómo puede transformarse o constituirse en práctica.

Por des-territorializar entiendo cierto proceso de desplazamiento de unas actividades que se hayan llevado a cabo en un cierto espacio de manera intensa y que se haya derivado una cierta fijación (relación estrecha entre la actividad y el lugar, a otros lugares. Bien que se haga de manera concreta (cuidado que se realiza en residencias, centros de día, otros; de manera habitual o bien en ciertos tiempos (estancias temporales de respiro). O porque la persona que lo hace sale de allí, de manera que deja de identificarse con el lugar y las actividades asociadas. No voy a presentar un programa de cómo llevarlo a cabo pero sí resaltar la comprensión de lo que encierra el concepto de des-territorializar. Muchas veces es mejor relevar a alguien que acompañarle en el mismo lugar donde ejerce el cuidado. Es importante que experimente otros lugares. De ahí la necesidad de pensar en que la cuidadora/cuidador pueda trasladarse a otros sitios donde lleve a cabo las actividades que desee. En esos sitios y con dichas actividades se debe promover que se produzca ese distanciamiento con todo lo que abarca el cuidado, incluyendo el lugar.

6.

## *Pensando en futuro cómo romper el círculo del cuidado: la tarea de la reflexión feminista*

Es evidente que las instituciones son las que tienen que planificar los recursos sociales de cara a las necesidades de la población. Sin embargo, hay muchos matices en lo que pueden considerarse necesidades: unos aparecerán en los estudios cuantitativos sobre perfiles de la población: edad, estado de salud, situación económica, nivel de estudios entre otras variables. Sin embargo lo que puede relacionarse con aspiraciones particulares que responden a su vez a ideologías, formas de ver la vida y auto percepciones, conceptos de ocio y trabajo así como de salud entre otras es difícil de captarlos en esas aproximaciones estadísticas. Por ello otro tipo de aproximaciones más cualitativas y el desarrollar ámbitos de participación ciudadana me parecen de gran interés. En dichos espacios mujeres pueden expresar mejor sus necesidades así como las expectativas futuras que tienen en relación a los cuidados, forma de vida que desearían tener. Incluir los deseos es muy relevante. Cómo pensar en las nuevas situaciones que presentarán mujeres que han ido introduciendo cambios significativos en sus vidas. Y que como resultado tienen unas proyecciones de cómo les gustaría continuar viviendo su vida que poco tiene que ver con la generación anterior

---

(la de sus madres). También cabe identificar las diferencias que una misma generación de mujeres presenta. Es el resultado de la diferenciación teórica de las diferencias entre mujeres en lo que tanto se ha avanzado desde la crítica feminista. Las nuevas vivencias del cuidado tienen mucho que ver con la proyección que tengamos sobre la vida futura, es decir, tiene que ver con la forma en la que proyectemos esa etapa en la que hombres y mujeres nos vamos haciendo mayores. Veo difícil que alguien se acerque con tino al cuidado de otras personas sin que a su vez reflexione sobre su futuro.

El cuidado hacia las personas mayores es un tema prioritario si se considera desde los derechos básicos. Lo que sucede es que el cuidado entra en la consideración de lo social que en política siempre está a mucha distancia de lo económico, de la ordenación del territorio, de la gobernanza. Hay que añadir que siendo un campo que afecta más a las mujeres que a los hombres con frecuencia no se considera su importancia ya que son prioritariamente los hombres los que ostentan la representatividad institucional y por ello las decisiones. Además al vivir más años, a las mujeres nos toca principalmente por tradición y también por la mera sobrevivencia. Se nos castiga a cuidar porque vivimos más. De ahí que sea necesario un empeño específico para que consigamos dar un impulso al campo de los servicios sociales que es donde se ubica el cuidado. Por ello quiero identificar la necesidad de coordinación teniendo en cuenta la importancia de la sociedad civil y la necesidad de presionar para que las instituciones aumenten su implicación.

La implicación debe ser multirrepresentacional. El punto de partida serán las personas y también los grupos. Cada mujer debe pensar que o bien le va a tocar cuidar o bien va a estar necesitada de que la cuiden porque aún cuando tenga una pareja, en la mayor parte de los casos va a vivir un promedio de siete años más. Además si una se ha posicionado porque sus hijas e hijos cultiven su autonomía, resulta difícil volver hacia atrás y volver a cerrar el círculo del cuidado al exigirlo de la generación siguiente. Por ello debemos concienciarnos de que tenemos que presentar, realizar seguimientos, exigir, recordar. Cartas a las instituciones, llamadas puntuales a aquellas personas que tienen el poder decisorio, seguimiento en el cumplimiento de las tareas asignadas. Las mujeres desde el movimiento asociativo deben erigirse en lobbies. En una ocasión, en una conferencia en un centro de un barrio de Donostia las mujeres expresaban la importancia que le daban a que las instituciones las consultaran en temas relacionados con cuidados de personas mayores; cosa que no lo hacían. Decían que ellas eran las que tenían el conocimiento y sin embargo, se establecían políticas sin una consulta previa con aquellas personas más directamente implicadas en el cuidado. Con ello resalto la importancia de exponer necesidades y el tipo de servicios que podrían darles una salida. Presentar casos concretos y cómo se deberían de resolver. La técnica de caso es efectiva porque parte de la identificación de una necesidad real. Por ejemplo una mujer que ha quedado viuda, es dependiente físicamente, vive sola y su hija e hijo viven en otra ciudad.

He mencionado la necesidad de la implicación institucional pero ¿en qué me baso para la consideración de que el cuidado es político?

- Entra dentro de Servicios Sociales y es un apartado que pertenece a las responsabilidades que aceptan las Instituciones a todos los niveles: Estatal, territorial de ayuntamientos.

- En su dirección se asignan personas y la responsabilidad corresponde a puestos electos por la ciudadanía.
- El tema se incluye en los distintos programas que los partidos políticos presentan a la ciudadanía antes de las elecciones correspondientes.
- Como otros departamentos reciben para su funcionamiento asignaciones presupuestarias que provienen del erario público.
- Su gestión se orienta a la generalidad de la ciudadanía. Todas las personas vamos a necesitar en un momento u otro de cuidados. La población mayor en principio es la que más ha aportado al erario público ya que ha trabajado muchos años, ha aportado de distintas maneras a la vida social, a la economía, al voluntariado, a la cultura y le corresponde una atención específica.
- El nivel de inversión de una sociedad en el cuidado de las personas mayores es un indicador positivo de la dimensión humanista de la vida política.

También el interés en el cuidado debe llevar a reivindicaciones concretas, por ejemplo, exigir que un porcentaje de los impuestos de cada ciudadana y ciudadano vayan a paliar las necesidades de un buen cuidado. Exigir que puesto que las mujeres estamos contribuyendo al producto interior bruto a través de todos los servicios que realizamos y que no se cuantifican, deben de subirse los presupuestos en aquellas partidas que más directamente afectan a las mujeres como es el cuidado de personas dependiente (mayores, enfermas, con minusvalías). Crear opinión mediante cartas a las direcciones de periódicos, llamadas a programas en la radio. Exigir que EMAKUNDE presione para que se creen programas, para que suban las partidas que los Ayuntamientos, Diputaciones tienen asignados para la asistencia domiciliaria. En la actualidad dos horas de asistencia a domicilio para personas que tienen un grado de dependencia que requiere atención 14 horas del día y en algunos casos 24, es una miseria. Pero estos problemas no salen en los Parlamentos y no van a salir a menos que las mujeres presionemos para ello y exijamos implicación a nuestros colegas varones. Debe ser un tema que esté en las agendas políticas. Por un lado, está el reparto del trabajo en la unidad doméstica, pero por otro, está la urgencia de una implicación institucional directa en el cuidado. Hay que exigir que dichas problemáticas se introduzcan en los programas, en las agendas de las candidaturas cuando llegan las elecciones y luego hacer seguimiento de los compromisos adquiridos por las personas que han resultado elegidas.

7.

## *Conclusiones*

La aproximación al tema y práctica del cuidado es compleja. Se ha intentado reducirlo a lo personal pero es evidente que es un tema político. Sus raíces tienen mucho que ver con planteamientos dicotómicos que excluyan cualquier articulación entre lo doméstico y lo público. Es necesario por lo tanto romper con la territorialidad que se le ha asignado porque la realidad no es excluyente entre ambos conceptos y las prácticas que se derivan. Interesa reconocer las características de las representaciones para saber cómo se construyen y así valorar el peso que tienen. Que pue-



---

den subsistir representaciones que vayan contra los cambios que van ocurriendo: más hombres entrando en el cuidado, más oportunidades de transferir el cuidado, una mayor conciencia de la elaboración de la distancia entre la responsabilidad y la posibilidad de elegir cómo realizar el cuidado. A pesar de que hay todo un discurso de la laicización de la sociedad, representaciones religiosas que han dado pie a la definición de comportamientos opresivos como si fueran expresiones de virtudes, ayudan a poder resituar el peso en la obligación, y en muchos casos, el de la culpa. Finalmente el pensar en hacer más fluido el paso entre lo doméstico y lo público destacando como positivo conductas que puedan ser criticadas por rompedoras son pasos en el camino de consolidar cambios que están ocurriendo. Pero es necesario hacerlo desde distintos frentes ya que las representaciones se nutren de imaginarios pero cobran fuerza a través de la representación visual y de la palabra. Las asociaciones de mujeres deben de pasar a ser en muchos casos puntuales grupos de presión para diseñar políticas, presionar para que se promulguen, exigir su cumplimiento. Si a las mujeres se nos ha asignado el cuidado es evidente que somos las que más sabemos de ello y de ahí que debemos prestar nuestra voz y exigir que se nos oiga, no para protagonizarlo sino para compartirlo, delegarlo. El cuidado es físico, afectivo, económico pero también es político.

## Bibliografía

- Barbagli Marzio y Kertzer, David I. "Introducción". En Kertzer, David I./Barbagli Marzio (Compiladores) (2002). *Historia de la Familia Europea*, Vol. 1: *La vida familiar a principios de la era moderna (1500-1789)*. Barcelona: Paidós (traducción al castellano de Ramón Ibero). pp. 9-37.
- Comas d'Argemir, Dolors (2000). "Mujeres, familia y Estado del Bienestar", En del Valle, Teresa (compiladora) *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel, pp. 187-204.
- del Valle, Teresa (Compiladora) (2000). *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel.
- Duncan, Nancy (Ed.) (1996). *Bodyspace. Destabilizing Geographies of Gender and Sexuality*. London and New York: Routledge.
- Duncan, Nancy (2000). "Renegotiating Gender and Sexuality in Public and Private Spaces". En Duncan, Nancy (Ed.), *Bodyspace. Destabilizing Geographies of Gender and Sexuality*. London and New York: Routledge, pp. 127-145.
- Durán, María Angeles (2000). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: Alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer, Estudios, N° 63.
- Goody, Jack (1997) *Representaciones y contradicciones. La ambivalencia hacia las imágenes, el teatro, la ficción, las reliquias y la sexualidad*. Barcelona: Paidós.
- del Valle, Teresa (2001) *Versión modificada de la ponencia elaborada para el Departamento de Economía y Turismo de la Diputación de Gipuzkoa dentro del Proceso de Reflexión Estratégica Gipuzkoa 2020 Hausnarketa Estrategikoaren Prozesua*, Julio de 2001. A publicarse en *KOBIE* (Serie Antropología cultural (en prensa)).
- del Valle, Teresa (1991/93). "Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio". *KOBIE* (Serie Antropología cultural) Bilbao/Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación foral de Bizkaia, N° VI, 1991/93: 5-15.
- del Valle, Teresa (Directora); Apaolaza, José Miguel; Arbe, Francisca; Díez Mintegui, M. Carmen; Cucó, Josepa; Esteban, María Luz; Etxeberria, Feli; Maquieira, Virginia "Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género". Madrid: Narcea 2002.
- González, Aurora (1998) *Proyecto de Investigación*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. Manuscrito inédito.
- Kertzer, David I./ Barbagli Marzio (compiladores) (2002). *Historia de la Familia Europea*, Vol. 1: *La vida familiar a principios de la era moderna (1500-1789)*. Barcelona: Paidós (traducción al castellano de Ramón Ibero).

- 
- Maquieira, V. (2001). "Género, diferencia y desigualdad" en Beltrán, E., Maquieira, (eds.) V., Álvarez, S., Sánchez, C. *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza, pp. 127-190.
- Massey, Doreen (1998) "Blurring the Binaries? High tech in Cambridge. En Ainley, Rosa (Ed.) *New Frontiers of Space, Bodies and Gender*. London and New York: Routledge, pp. 157-175.
- Pollock, Linda A. (2002). "Las relaciones paternofiliales". En Kertzer, David I./ Barbagli Marzio (compiladores). *Historia de la Familia Europea, Vol. 1: La vida familiar a principios de la era moderna (1500-1789)*. Barcelona: Paidós (traducción al castellano de Ramón Ibero). pp. 292-330.
- Warner, Marina (1991) *Tú sola entre las mujeres. El mito y el culto de la Virgen María*. Madrid: Taurus *La dimensión personal y grupal*.

---

MARI LUZ ESTEBAN GALARZA

Dpto. de Filosofía de los  
Valores y Antropología Social.  
Universidad del País Vasco

*Cuidado y  
salud: costes  
en la salud  
de las mujeres  
y beneficios  
sociales*



## *Introducción*

1 .

En esta comunicación voy a ofrecer una lectura general del tema de los cuidados llevados a cabo por las mujeres fuera del ámbito profesional e institucional a las personas que no pueden valerse por sí mismas (criaturas, personas enfermas y ancianos y ancianas dependientes), con algunas ideas que aplicaré posteriormente a la investigación y a la atención socio-sanitaria. A este respecto, voy a hacer una propuesta de análisis desde la antropología de la salud que puede servir para redimensionar la importancia del papel de los llamados "profanos" (mujeres) y de "los especialistas". Además, hablaré de dos objetivos principales de trabajo: conseguir el compromiso activo de los hombres a todos los niveles, y apoyar incondicionalmente a las mujeres que no quieren ya cuidar en los parámetros que nuestra sociedad ha definido.

Mi intervención se sitúa dentro de un enfoque feminista que podríamos denominar materialista, redistribuidor y no diferencialista de los cuidados, que da toda la prioridad al reparto de tareas, recursos y tiempos entre hombres y mujeres, y a la creación de servicios públicos. Frente al mismo, y aceptando que puede haber posiciones intermedias mixtas y variadas, tendríamos un enfoque "ético" y diferencialista, que se centraría más en el reconocimiento de los valores asociados al trabajo de cuidar, en las especificidades y derechos de las mujeres como cuidadoras.

Es casi obligado comenzar una comunicación sobre cuidados subrayando la transcendencia social de los mismos. Los cuidados a terceros, que forman parte de todas aquellas actividades que tienen como objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, implican tareas de gran importancia social, considerable valor económico e implicaciones políticas notables (Finch, 1989) (1). Pero un aspecto muy significativo de esta importancia es la relevancia numérica de los cuidados domésticos, donde diversas investigaciones (2) han demostrado de una forma clara y contundente que el cuidado de las personas dependientes se ha delegado y se sigue delegando socialmente en las familias; pero que cuando hablamos de familias nos estamos refiriendo a las mujeres, algo que no siempre se recuerda.

Dicho de otra manera, estos cuidados suponen una responsabilidad social absolutamente generizada y naturalizada que se produce a partir de la articulación del sistema de género, sistema de parentesco y de edad, afectando más a las mujeres adultas, y apoyándose en una caracterización social diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres, y lo emocional, asociado a las mujeres (Comas, 1993,2000). De todas formas, hay que tener presente que no todas las mujeres cuidan, que otras delegan (o contratan) esta responsabilidad en terceras personas (normalmente mujeres), y que "el cuidado no representa lo mismo en todos los casos" (Saitua y Sarasola, 1993:27). Es distinto, emocional y vitalmente, el cuidado de la infancia y de la adolescencia o el cuidado de una per-

---

(1) Recogido en Comas (2000:188).

(2) Véanse, por ejemplo, los datos recogidos en Durán (1999), Rodríguez Cabrero (1999), y Maravall (2003).

---

sona anciana, que "nos enfrenta a la finitud de la vida, a la decrepitud y a la muerte. Como diferente es cuidar a una persona anciana sana que se vale por sí misma o a otra que depende absolutamente de las demás personas, contar con recursos materiales y/o humanos o carecer de ambos" (ibidem).

Pero, a pesar de que los distintos estudios realizados no dejan lugar a dudas sobre el papel fundamental de las mujeres, se trata de una responsabilidad que no está bien visibilizada y reconocida socialmente, debido fundamentalmente a tres factores: 1) al hecho de que sea la familia la principal institución donde se llevan a cabo, quedando asociadas estas funciones al ámbito de "lo privado"; 2) a su difícil catalogación como trabajo, por el componente afectivo y su elevado contenido moral, no reconociéndose que son actividades que suponen tiempo y dedicación y requieren un conjunto de saberes y técnicas que se van aprendiendo durante toda la vida; 3) a la fuerte naturalización que sufren, y el hecho de ser las mujeres quienes las realizan, de forma que se piensa que las mujeres por el hecho de serlo poseen naturalmente esos saberes y habilidades, cuando la unión entre mujer, cuidado y familia, es consecuencia directa de la división sexual del trabajo, consecuencia a su vez de un determinado sistema de género (Comas, ibidem).

Por otra parte, en los últimos años se está produciendo en nuestra sociedad un reforzamiento de la ideología del cuidado femenino, en el marco de un auge general de las ideologías familiares y domésticas. Este fenómeno ya había tenido lugar en Occidente en otros momentos históricos (finales del siglo XIX, periodo entre guerras mundiales), y tiene que ver, entre otras cosas, con reajustes en los espacios y funciones asignadas a hombres y mujeres, aunque no siempre se ha manifestado con los mismos argumentos sociales y científicos (3). Hoy día, esta ideología se aplica sobre todo a los tres colectivos señalados (criaturas, personas enfermas y ancianos y ancianas dependientes), y surge en un contexto general de cambio, con factores sociales, políticos y sanitarios muy diferentes y de muy diversa consideración, como: derechización y debilitamiento del estado de bienestar, transformaciones socio-culturales en las formas de convivencia y en las familias, incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, descenso de la natalidad y cambios en las estrategias reproductivas, envejecimiento de la población y alargamiento de la esperanza de vida, mayor presencia de enfermedades crónicas e incapacitantes (4).

Algunos autores y autoras hablan también de que se están produciendo cambios en la organización de la atención personal, "desde un modelo asignativo sobre la mujer hacia un modelo negociado entre los miembros de la red familiar" (Rodríguez Cabrero, 1999a:42). En todo caso, como señala Dolors Comas (2000), hay que tener bien presente que si la familia occidental ha ido per-

---

(3) Véanse Maquieira (1997) y Esteban (2000).

(4) Los cambios ocurridos en los últimos años en la sanidad pública, en relación por ejemplo a tiempos más cortos de hospitalización por operaciones o tratamientos de distinto tipo, al margen de que pretendan una racionalización de la atención y del gasto público, se enmarcan en este mismo contexto.

---

diendo con la industrialización y la generalización del trabajo asalariado sus funciones como productora de bienes, no ha ocurrido lo mismo en lo referente a su prestación de servicios:

"La familia ha conservado y reforzado su dimensión afectiva y se mantiene como la principal institución suministradora de asistencia que atiende a las situaciones de dependencia de sus componentes y a su mantenimiento y protección: gestación, crianza, salud, manutención, vestido, alojamiento, educación, transmisión de valores, cuidados, de forma que las instituciones públicas de asistencia son más un suplemento que una sustitución de lo que se realiza en familia (...). Hoy se están devolviendo a la familia muchas funciones asistenciales" (2000:190-191).

Sin embargo, a pesar de que el papel cuidador de la familia "sigue siendo muy activo y comprometido" (Rodríguez Cabrero, *ibidem*), se produce paradójicamente un "sobreeñfasis en la crisis de dicho papel" (*ibidem*). Esto se entiende si recordamos que estas preocupaciones sociales aparecen también en relación directa con el éxito del feminismo, por lo que deberían ser interpretadas como reacciones frente a los avances sociales de las mujeres.

Una consecuencia clara de la preocupación social creciente en torno a los cuidados no profesionales es el hecho de que en la última década las administraciones públicas, tanto en Europa como en el Estado español, estén poniendo en marcha diferentes leyes, planes y medidas que pretenden regular cuestiones relativas a la maternidad y a la atención de enfermedades crónicas e incapacitantes. Esta regulación se enmarca dentro de lo que se denomina la "conciliación de la vida familiar y laboral", que Isabel Otxoa (2001) define como "una serie de medidas que hagan posible combinar la participación en el mercado de trabajo y el cuidado de las personas dependientes: menores, enfermos y ancianos" (5). Una cuestión discutible en torno al concepto de "conciliación de la vida familiar y laboral", que es ya una expresión de uso común en la vida política, sindical y feminista, es el mismo término de "vida familiar": tal y como se entiende en nuestra sociedad, en general, la vida familiar "empieza muchas veces, sin posibilidad de elección, donde termina la atención social de los problemas" (*ibidem*). Es, por tanto, un concepto ambiguo pero también dinámico, puesto que varía de acuerdo a transformaciones socio-culturales y decisiones político-legislativas que se retroalimentan mutuamente. Por ejemplo, la oferta pública de escolarización a partir de 2 años en Euskal Herria ha provocado que en pocos años se haya modificado el cómo se entiende el cuidado de las criaturas más pequeñas.

Se pueden clasificar las políticas públicas en torno a la conciliación en tres tipos (Otxoa, 2001):  
1- Las que ofertan dinero, mediante subvenciones y medidas fiscales para la realización directa de los cuidados o la contratación de servicios. 2- Las que ofertan tiempo, mediante reducciones o re-

---

(5) Tres ejemplos serían: la "Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras" (39/1999), promovida por el PP y aprobada por el Parlamento Español el 5 de noviembre de 1999; o el "Plan Interinstitucional de apoyo a las familias con hijos e hijas", aprobado por el Gobierno Vasco en julio de 2001, y el "Plan de apoyo a la familia" del Gobierno Navarro, del 7 de mayo de 2001, que se centran únicamente en la atención de hijos e hijas.



---

organizaciones del horario laboral (reducciones de jornadas, excedencias, permisos...). 3- Las que se centran en los servicios externos a la familia, de forma que las tareas las realicen otras personas. Esta tercera opción sería la más igualitaria, tanto por las personas que prestan los servicios como por el hecho de que las mujeres pueden descargar el tiempo de cuidado (ibidem). Sin embargo algunas investigaciones muestran que en el Estado español las mujeres prefieren el primer tipo de medidas: "La prestación económica seguida a gran distancia de la ayuda a domicilio" (Rodríguez Cabrero, 1999b:626). La demanda de servicios ocupa un lugar menor, lo que es explicado por Gregorio Rodríguez Cabrero "por la pobre tradición en la prestación de servicios en comparación con las prestaciones económicas. Solamente el desarrollo futuro de las redes de servicios sociales a nivel local podrá ir modificando la cultura de preferencia de la prestación económica" (ibidem).

Por otra parte, los distintos planes surgen por lo general sin un debate social amplio previo o paralelo a la aparición de los mismos, aunque es predecible que en los próximos años las cuestiones relativas a los cuidados sean motivo de mayor discusión y conflictividad social. Además, en general sus contenidos están sólo esbozados y hay que ver el alcance real de las medidas, que no siempre son iguales entre sí (Otxoa, ibidem) (6). Como conclusión general, podemos decir que las medidas que se están tomando no están suponiendo la reversión de la situación, en cuanto que la responsabilidad de los cuidados sigue estando en manos de las mujeres, y no se está cuestionando la "obligatoriedad" para ellas, lo que debería ser una condición *sine qua non*. Como señala Constanza Tobío (2002) para el caso de las madres trabajadoras: "Entre el mundo del trabajo y el mundo de la familia más que conciliación y compatibilización hay hoy una relación de contradicción, cotidianamente experimentada" (2002:41). Algo que se podría generalizar a todo el ámbito de los cuidados. De todas formas, y de acuerdo con Otxoa (2001), habría que considerar positiva la explicitación de estas políticas, puesto que "la política familiar existe, aunque no se mencione", y además nunca hay políticas neutras, de forma que la regulación jurídica puede ayudar a su visibilización y al reconocimiento formal del trabajo específico de las mujeres, además de favorecer la discusión y el debate públicos en torno a estos temas.

---

(6) En este sentido, y refiriéndose al conjunto del Estado español, María Caprile (2002) apunta que "a lo largo de la negociación colectiva de 2001 se constata un cierto avance en el tratamiento de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y la conciliación de la vida familiar y laboral. Se destaca, en especial, la incorporación y mejora de la nueva normativa sobre conciliación: un aspecto todavía minoritario en los convenios colectivos, pero que puede ser reflejo de un cambio más hondo en la sensibilidad hacia estos temas". Sin embargo, la valoración que el propio Gobierno Vasco y diferentes sindicatos han llevado a cabo sobre los resultados del Plan de apoyo a la familia de la Comunidad Autónoma Vasca, no ha sido muy positivo, sobre todo en cuanto a los servicios de atención a criaturas de 0 a 3 años y el cumplimiento de las expectativas de utilización de los permisos remunerados por parte de los hombres.

2.

## *Consecuencias de la invisibilización y naturalización de los cuidados femeninos*

La consecuencia principal de la invisibilización y naturalización de los cuidados es que garantiza la continuidad de su ejecución por parte de las mujeres. En este sentido tendríamos que estar bien alertas frente a un proceso de re-naturalización de las mujeres que se está produciendo en la última década y que se aprecia de manera muy significativa en algunos aspectos de la salud femenina, como la menopausia, o en el mismo tema de la maternidad. Por re-naturalización me refiero al hecho de que en la actualidad se siga argumentando la desigualdad social de las mujeres apoyándose en una biología o una psicología definidas científicamente como diferenciadas, algo que fue perfectamente combatido en los años setenta y ochenta por las feministas desde muy diferentes campos disciplinares y temáticos. Pero, sin embargo, en los últimos años las teorías esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres no sólo no se han agotado sino que han surgido nuevas explicaciones para las mismas, y el ámbito de los cuidados es especialmente propicio para ello (7).

Un ejemplo paradigmático de este tratamiento del trabajo de cuidar lo tenemos en el tema de la lactancia materna, que está siendo cada vez más objeto de preocupación médico-sanitaria. Si analizamos los planteamientos médicos y sociales dominantes en torno a la misma observamos diferentes cuestiones: por una parte, la gran distancia que existe entre la convicción social sobre sus beneficios y los resultados científicos al respecto; la falta total de diversificación de todas las situaciones y contextos posibles; por otra parte, la ausencia en los discursos y análisis de los puntos de vista, experiencias y estrategias diferentes de las madres y grupos domésticos (Esteban, 2000:219). Todo ello se entronca en una visión totalmente uniformizadora de dicha práctica, que en los discursos de "los expertos" queda ligada exclusivamente a la alimentación y al bienestar de las criaturas, no poniéndose de manifiesto que es un: "Un ámbito de socialización fundamental para mujeres y niños, de aprendizaje de una determinada gestión de las emociones, de una concreta división del trabajo, un campo desde donde se estructuran los diferentes espacios y relaciones entre diferentes grupos (adultos/niños, hombres/mujeres, médicos-pediatras/clientes-mujeres)" (Esteban, 2000:220-221). De forma que dar de mamar es en nuestra sociedad la demostración de afecto y ternura por excelencia: "Es precisamente la dimensión emocional lo que se des-

---

(7) Para profundizar en esta idea de la re-naturalización, aplicada sobre todo a la menopausia y maternidad, puede consultarse Esteban (2003).

---

taca cuando se piensa en la lactancia, ocultando el trabajo de reproducción que supone. En las tareas que realizan los hombres, ocurre justo al revés: se sobredimensiona el trabajo en sí, ocultando la parte emocional" (ibidem).

Pero además, el tratamiento naturalizador y emocional del cuidado se traduce directamente en que dichas funciones así como los conocimientos que comportan no tienen igual reconocimiento social y simbólico que otros trabajos y saberes. Por ejemplo, en la mayoría de estudios y discursos al respecto no se les confiere a las mujeres el mismo estatus "profesional" que tienen otros colectivos relacionados con la atención a la salud, como el personal médico-sanitario o los trabajadores de servicios sociales, que son considerados "los expertos". De manera que las mujeres, como género, y a pesar de que se hable de sus funciones como cuidadoras, permanecen a nivel simbólico en un espacio intermedio entre la población general y las instancias de poder, conocimiento y prestigio, como meras intermediarias en el proceso de atención y cuidado, en lo que no sería más que una extensión de sus roles domésticos. Sólo de forma puntual y en relación a problemáticas muy concretas, algunos colectivos de mujeres han sido consideradas y tratadas como "expertas". Me estoy refiriendo al tema concreto de las drogas ilegales, donde en algunos momentos asociaciones del tipo de "Madres contra la droga" se han convertido en protagonistas del debate público siendo equiparadas a otros actores o actrices sociales.

Pero, no se trataría sólo de una falta de reconocimiento y de estatus, sino que de forma simultánea y articulada con lo anterior, la división sexual del trabajo que comporta esta especialización femenina en el cuidado implica además una distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, y de los tiempos entre hombres y mujeres. Por comprender mejor esto, y como señala Nancy Fraser (2000), es necesario evidenciar los lazos institucionales directos entre "las normas androcéntricas que infravaloran las actividades codificadas como 'femeninas'" y cuestiones como los bajos salarios de las trabajadoras o la marginación general de las mujeres respecto al mercado de trabajo" (2000:58). En esta misma línea, Robert Connell (1997), cuando analiza las relaciones de producción como una subestructura del sistema de género (8), llama la atención sobre la relación directa existente entre "las consecuencias económicas de la división genérica del trabajo y el dividendo acumulado por los hombres, resultante del reparto desigual de los productos del trabajo social. Esto se discute más a menudo en términos de discriminación salarial, pero se debe considerar también el carácter de género del capital. Una economía capitalista que trabaja mediante una división por género del trabajo, es, necesariamente, un proceso de acumulación de género. De esta forma, no es un accidente estadístico, sino parte de la construcción social de la masculinidad, que sean hombres y no mujeres quienes controlan las principales corporaciones y las grandes fortunas privadas. Poco creíble como suena, la acumulación de la riqueza ha llegado a estar firmemente unida al terreno reproductivo, mediante las relaciones sociales de género" (1997:37).

---

(8) Connell distingue tres subestructuras: las relaciones de poder, las relaciones de producción, y la cathexis (sexualidad y emociones), como partes fundamentales de un sistema de género.

---

De todas formas, tener en cuenta esta desigualdad estructural no es incompatible con intentar ser todo lo rigurosas y cautas posible, sin sacar conclusiones excesivamente simplistas o apresuradas. Me refiero a que valorar debidamente las consecuencias sobre la vida de hombres y mujeres de los cuidados de familiares y personas dependientes supone también revisar críticamente las perspectivas de análisis que estamos utilizando. Así, enfoques como los utilizados por la antropóloga Susana Narotzky (1990) ofrecen visiones y resultados que merecen ser tenidos en cuenta. Narotzky ha estudiado en una de sus investigaciones las relaciones de producción y reproducción en una población rural mediterránea que se dedica a la producción de la aceituna, donde la unidad doméstica (de convivencia) y de producción no son coincidentes. A partir de su estudio esta autora llama la atención sobre la relación que en dicho contexto se da entre el énfasis ideológico puesto en el cuidado de las personas viejas y diferentes mecanismos de reproducción social, mostrando cómo unos procesos ideológicos favorecen la explotación de la fuerza de trabajo femenina. Así, la generación más vieja tiene el control de los medios de producción, siendo esto su garantía de supervivencia, mientras que la juventud va teniendo cada vez más poder a medida que aquellos y aquellas van envejeciendo. Pero un aspecto que se demuestra fundamental es que el cuidado de las personas viejas llevado a cabo por las mujeres de este medio se convierte en algunos casos en una estrategia de gran trascendencia para el control futuro de los medios de producción por parte de las parejas jóvenes, independientemente de otros factores reguladores de la herencia. Se da de esta forma un intercambio cruzado y con valores diferentes entre: amor paterno y trabajo de los hijos e hijas, por un lado, y amor filial y herencia, por otro. Es decir, las transformaciones económicas del grupo doméstico están tejidas en una red de valores emotivo-afectivos, teniendo los sentimientos un protagonismo definitivo en la estructura social. Lo que el trabajo de Narotzky muestra es que es necesario poner en relación los ámbitos productivo y reproductivo y las diferentes actividades llevadas a cabo por hombres y mujeres, además de analizar debidamente los contextos en los que se dan.

Así y todo, es evidente que a nivel general la responsabilidad generizada del cuidado es un obstáculo para la inserción y/o continuación de las mujeres en el mercado de trabajo y su acceso a la riqueza, y por tanto para conseguir la igualdad de oportunidades, puesto que está ligada estructuralmente a una distribución desigual tanto de los recursos como de los tiempos y responsabilidades entre hombres y mujeres, distribución que es a la vez causa y consecuencia de dicha responsabilidad diferenciada. Pero, comprender bien cómo se produce esta división sexual del trabajo y de la riqueza implica estudiar de una forma dinámica los contextos particulares en los que se da, sin perder de vista el contexto social global, e interrelacionando debidamente el nivel ideológico-simbólico de la experiencia (normas, ideas, símbolos...), el nivel de las prácticas concretas, individuales y colectivas, y de las relaciones sociales, así como todo lo relativo al ámbito institucional, incluida la organización del estado.

Asimismo, es preciso tener en cuenta las transformaciones socio-culturales en torno a la infancia, la maternidad, la vejez, o la atención a la salud. En general, los cambios significativos en las responsabilidades femeninas y masculinas, cuando se dan, ocurren en colectivos minoritarios y muy

---

específicos, y siempre más relacionados con actividades consideradas socialmente como más "amables", como las relativas a la maternidad. Así, por ejemplo, en una investigación donde se ha abordado el tema de las transformaciones ocurridas en nuestra sociedad respecto a los modelos de género (del Valle et al., 2002), se ha comprobado que la maternidad es un ámbito donde, por una parte, bastantes mujeres han ido introduciendo modificaciones en sus representaciones y prácticas; pero donde, por otra, la ruptura de la ideología social diferenciadora y discriminadora para las mujeres es menor que en otras parcelas de la experiencia, como la laboral. De esta manera, aunque actualmente los hombres asumen tareas respecto a sus hijos e hijas que no llevaban a cabo hace unas décadas, se sigue dando una especialización muy importante por parte de las mujeres en el cuidado infantil: la excepción la representan algunos grupos minoritarios de hombres que se han ido implicando de un modo consciente y total en los procesos de maternaje; se trata de hombres que tienen ciertas profesiones de clase media -enseñanza, administración-, y que forman parte de parejas con una posición laboral similar, y una ideología de género progresista (9). Y esta dedicación femenina a las criaturas es además paradigma de la especialización emocional femenina a nivel general y de su responsabilidad frente al cuidado de las demás personas. En todo caso, el tema que estamos abordando es complejo y necesita profundización y debate en todas sus vertientes. Supone por ejemplo tener en cuenta la construcción cultural del género y sus consecuencias en la configuración de la identidad femenina (Comas, 1993,2000). Algunos estudios, como el *Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid* (1996), han revelado que en nuestro entorno las propias definiciones que muchas mujeres hacen y mantienen de su identidad femenina y de su salud están en relación directa con su capacidad de cuidar, de forma que el aspecto relacional y de comunicación, incluido todo lo que tiene que ver con cuidados a criaturas y personas de alrededor, es básico para muchas de ellas (Esteban, 2001). Así por ejemplo, siguiendo con el tema de la maternidad, bastantes mujeres viven hoy subjetivamente una incompatibilidad entre maternidad y empleo, sobre todo referida a las criaturas más pequeñas; algo que es reforzado por la ideología social al respecto. Esto hace que muchas abandonen temporal o totalmente la actividad laboral durante un periodo o por lo menos les parezca la mejor solución (del Valle et al., 2002). A este respecto, Tobío (2001) señala lo siguiente:

"Vivimos una situación de transición entre un viejo modelo de mujer y de familia caracterizado por una acusada división de roles de género y un nuevo modelo basado en la incorporación laboral de las mujeres. Sin embargo lo que ya casi es un hecho –una nueva normalidad basada en que la mayor parte de las mujeres trabajan a lo largo de la vida- no ha sido todavía reconocido y asumido en la sociedad española como un cambio y un problema social que obliga a redefinir formas de organización social desde la escala micro (la vida familiar) hasta la escala macro (las políticas sociales, el trabajo, el tiempo y el espacio)" (2001:92).

---

(9) Díez (2000) apunta diferentes estudios que corroboran esta afirmación: CIS, 1990; Xunta de Galicia, 1991; Instituto de la Mujer, 1992; Emakunde, 1992.

## *Feminismo, cuidados, reconocimiento y redistribución*

El cuidado de las personas ha sido motivo de preocupación teórica y política para el Movimiento Feminista desde hace mucho tiempo, aunque los planteamientos no hayan sido siempre los mismos. Si incluimos todas las visiones feministas al respecto dentro de un continuum, donde identificaríamos posiciones intermedias muy distintas, en un extremo tendríamos aquellas voces que han dado mucha importancia a lo que se ha denominado la ética del cuidado: lo que vamos a considerar el "enfoque ético del problema" (Saitua y Sarasola, 1993:28). Desde el mismo se ha priorizado sobre todo la necesidad de reconocimiento específico del trabajo de las mujeres, no sólo por su aportación fundamental sino por los supuestos valores asociados a dichas prácticas y la necesidad de universalizar dichos valores; lo que ha llevado en general a sus defensoras a centrarse sobre todo en los derechos de las mujeres, y en la necesidad de aliviar la carga que suponen los cuidados. En el otro extremo estaría lo que he denominado al comienzo el enfoque materialista y no diferencialista, desde el que se daría la máxima importancia a la redistribución de recursos y tareas, a la corresponsabilización entre hombres y mujeres, y a la necesidad de servicios públicos. Para explicar mejor todo esto partiré de la aportación hecha por Fraser (2000) al debate mantenido por algunas teóricas feministas en torno a la diferenciación entre políticas feministas del reconocimiento y de la redistribución. Esta autora llama la atención sobre el hecho de que hoy día se haya producido un desplazamiento en las políticas feministas, desde las políticas de la redistribución equitativa de los recursos (más defendidas anteriormente desde posiciones marxistas) a lo que se denominan las políticas del reconocimiento o la identidad. Estas últimas aparecieron durante las décadas de los 70 y 80, pero siguen impulsando en la actualidad "muchos de los conflictos sociales en el mundo, desde las campañas en pro de la soberanía nacional y la autonomía subnacional, a las batallas en torno al multiculturalismo, pasando por los movimientos nuevamente en alza a favor de los derechos humanos, que aspiran a promover tanto el respeto universal por la humanidad común como la consideración hacia la especificidad cultural" (2000:55). Fraser añade que poco a poco este tipo de luchas "se han hecho predominantes en el seno de movimientos sociales, tales como el feminismo, que anteriormente había dado prioridad a la redistribución de los recursos" (ibidem). Este desplazamiento resulta preocupante para ella, dado que se produce en un entorno de globalización económica donde se están agudizando las desigualdades económicas, lo que puede favorecer en su opinión la marginación, eclipse y desplazamiento de las luchas a favor de la redistribución. Porque no siempre contribuyen, a "promover la interacción respetuosa en el seno de contextos cada vez más multiculturales, sino a simplificar y reificar de manera drástica las identidades de grupo" (ibidem:56).

Estas reflexiones pueden arrojar luz si las aplicamos al tema de los cuidados. Siguiendo la diferenciación en torno a las políticas feministas presentada anteriormente, podríamos ubicar el enfo-

---

que ético de los cuidados más en las políticas del reconocimiento, de la diferencia, de la identidad, mientras que el enfoque materialista/no diferencialista podría estar más relacionado con las políticas de la redistribución. Es probable que en los planteamientos feministas en torno a los cuidados que se están dando en el Estado español estén siendo mayoritarias combinaciones de ambos enfoques; por ello no estoy segura de que se pueda hablar de un desplazamiento claro de la redistribución al reconocimiento, por lo menos no en los términos en los que lo define Fraser. Pero sí creo que se puede afirmar que el enfoque ético, centrado en los derechos y especificidades de las mujeres, tiende a impregnar todos los debates feministas al respecto. Así y todo, comparto también la idea de Fraser de que el feminismo debe tener en cuenta ambos aspectos a la vez, el reconocimiento y la redistribución, y no sólo uno de ellos, y me referiré a medidas que tienen que ver con ambos. Pero desde mi punto de vista, el mejor camino para el primero (el reconocimiento) es el segundo (la redistribución).

Veo riesgos claros en la insistencia en el reconocimiento de la especificidad femenina y en los derechos de las mujeres cuidadoras. En primer lugar, porque creo que es discutible esa defensa de la ética del cuidado como algo específico de las mujeres. En este sentido, estoy de acuerdo con Aintzane Saitua y Maru Sarasola (1993) cuando afirman que "sólo es posible una posición ética cuando se reconocen los deseos, sentimientos y pasiones contrarios y contradictorios que habitan en una misma y se elige entre ellos, asumiendo la responsabilidad tanto para el bien como para el mal. Cualquier acto ético implica necesariamente libertad de opción en cada situación o circunstancia concreta en la que se plantea. Sin embargo, la ética tradicional femenina del cuidado no se basa en una opción realizada por cada mujer, sino que se trata de una imposición basada en la virtud femenina por excelencia, la abnegación, que se da por supuesta (ni siquiera es una virtud) y es obligatoria" (1993:29).

Además, porque subrayar los derechos legales y sociales de las mujeres como principal opción, que es lo que básicamente estamos reivindicando ahora, contribuye a seguir separando "inevitablemente" a los colectivos femenino y masculino, a esencializar de alguna manera las distancias entre los mismos, y por tanto a perpetuar la responsabilización femenina. Máxime cuando hasta el momento todas las políticas europeas han fracasado en cuanto a la implicación igualitaria de los hombres en los cuidados. Por otra parte, no me parece que hablar de la diferencia de las mujeres y de la importancia del reconocimiento y teorizar sobre ello, sin más, sirva realmente para conseguir un mejor estatus para las mujeres, resolver la contradicción que existe para muchas entre empleo/trabajo y familia, y/o aumentar su autoestima como cuidadoras.

Así, considero que la consigna de "Insumisión al Servicio Familiar Obligatorio", que lanzaron las Asambleas Feministas de Euskadi en la campaña del 8 de marzo de 1993 (10), sigue teniendo toda su vigencia y potencialidad. En esta campaña lo que se pretendía, además de sacar a la luz

---

(10) Véase Asamblea de Mujeres de Bizkaia-Bizkaiko Emakumeen Asanblada (1994).

---

el problema y extender el debate, era promover la discusión acerca de cómo conseguir la participación de los hombres, como un eje prioritario de actuación. De esta manera, se proponía la renuncia concreta y explícita de las mujeres frente a las tareas concretas, como una forma de "obligar" al colectivo masculino al reparto, dándose así lugar a una mayor conflictividad social al respecto que desembocara en la búsqueda de soluciones privadas y públicas. El segundo eje era la necesidad de apoyar a aquellas mujeres que, cada vez en mayor número, se van negando a cumplir calladamente con lo que la sociedad les asigna, dado que parece imposible la solución espontánea del problema.

4 .

## *Apliquemos ahora algunas de estas ideas al ámbito socio-sanitario*

4 . 1

### APLICACIONES A LA INVESTIGACIÓN Y A LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Comenzando por el tema de la necesidad de reconocimiento, hay dos aspectos que me parecen definitivos: uno es la necesidad de impulsar investigaciones empíricas, sobre todo cualitativas, que nos ayuden a un mejor acercamiento a la realidad. El segundo es lograr que las mujeres sean consideradas expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras. En cuanto al primero, hay que constatar de entrada una cierta escasez en el contexto del Estado español, y sobre todo en Euskal Herria, de estudios cualitativos centrados en el trabajo de cuidar. Necesitamos conocer mucho más sobre el día a día de los cuidados, sobre las estrategias llevadas a cabo por las cuidadoras, las diferencias entre ellas de acuerdo a variables diversas (clase social, edad, etnia, opción sexual, ocupación, ideología...), y las dificultades y tensiones concretas de las mujeres y las familias (11). Como también considero esencial comenzar a investigar la experiencia de los hombres cuidadores, aunque sean un colectivo minoritario, precisamente por la importancia de analizar la diversidad, de comprobar las diferencias pero también las similitudes entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta asimismo diferentes variables.

---

(11) Un ejemplo de investigación cualitativa es la realizada por Tobío (2001,2002) en torno a las madres trabajadoras. Calvente, Mateo y Gutiérrez Cuadra (1999), por su parte, utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas en su estudio sobre cuidadores y cuidadoras informales.



---

Para esto, una condición de partida sería la revisión de los modelos de análisis que se están utilizando en el abordaje de estas cuestiones dentro del ámbito sanitario, así como llamar la atención sobre la necesidad de la interdisciplinariedad. En los modelos teóricos dominantes se da un desajuste absoluto a la hora de valorar la importancia de las funciones asistenciales realizadas dentro y fuera del sistema, estando los cuidados sanitarios totalmente hipervisibilizados y reificados frente al resto. La antropología social, y más en concreto su especialidad de antropología de la medicina, por sus planteamientos teóricos y metodológicos y su mirada cualitativa y relativista, ofrece una perspectiva de análisis alternativa que permite acceder de una manera más equitativa y compleja a las tareas de cuidado llevadas a cabo tanto por “especialistas” como por “profanos” (12). Esto es así porque esta disciplina, cuando analiza los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992) en cualquier contexto cultural, toma en cuenta y equipara de entrada los diferentes sistemas médicos y niveles de atención que concurren en cualquier itinerario asistencial (Comelles, 1998).

Desde la antropología diferenciamos tres niveles de atención a la salud (Comelles, 1998): 1– el doméstico-familiar; ampliable a las redes sociales y organizaciones no profesionales; 2– el que se refiere a especialistas de cualquier tipo (biomedicina (13) y otras medicinas); y 3– el ámbito institucional. El primero conforma lo que se denomina la autoatención, que se caracteriza entre otras cosas por: no implicar presencia ni hegemonía del sistema médico-sanitario, ser mucho más importante desde un punto de vista cuantitativo (70-90%), y ser llevado a cabo mayoritariamente por mujeres (80%). Sin embargo, y de forma contradictoria, el volumen de investigación relativa a salud/enfermedad concerniente a las instituciones sanitarias supone el 80% del total, y la influencia ideológica que sobre la población tienen especialistas e instituciones de salud, a través del contacto directo en las consultas, procedimientos educativos diversos o presencia en medios de comunicación, es abrumadoramente mayor. Algunas conclusiones importantes sobre la participación de “los no profesionales” en la atención a la salud derivadas de la reflexión socio-antropológica son las siguientes: “los profanos” no actúan casi nunca siguiendo las premisas preestablecidas en el organigrama del sistema; no conciben la institución como algo cerrado, sólo con una puerta y con relación neutra con “los profesionales”; “los profanos” utilizan fármacos y utilizan a “los profesionales”. Sin embargo, no hay que pensar que esto supone que desde las ciencias sociales se toma partido sin más por las personas usuarias, sino que lo que se hace es poner en marcha es-

---

(12) Para una revisión de diferentes investigaciones y enfoques relativos a los cuidados realizados por “profanos” puede consultarse Haro (2000).

(13) El término Biomedicina “designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas” (Comelles y Martínez Hernández, 1993:85).

---

trategias de investigación que reconstruyen la totalidad cultural de la enfermedad y su atención; es decir, el proceso asistencial en su conjunto (ibidem).

Pero la autoatención se ve sometida a diferentes procesos de descalificación, entendiendo éstos como productos sociales propios de una dinámica de confrontación e intercambio entre culturas, sociedades y colectivos sociales diferentes, y también como un recurso de dominio (Menéndez, 1990). Eduardo Menéndez (1990) ha agrupado los argumentos descalificatorios en tres grandes bloques: 1- La autoatención es irrelevante para la atención de salud y para la estructura sanitaria y sus políticas, considerándose algo complementario, suplementario o residual. Sin embargo, se puede demostrar que esta atención precede, sustituye, influye, evalúa y se asocia siempre con las directivas profesionales. 2- La autoatención constituye una fuente de problemas, ya que retarda la atención profesional y produce efectos colaterales y riesgos. Diversos estudios demuestran que, sobre todo en algunos contextos, el autotratamiento es apropiado y efectivo, incluso juzgándolo desde parámetros profesionales. 3- La autoatención constituye sólo un recurso tácito a instrumentar en una sociedad sometida a un proceso de desigualdad progresiva con respecto a los elementos básicos de protección a la salud.

Menéndez aplica su reflexión exclusivamente a las relaciones de dominio de unos grupos culturales sobre otros. Desde un punto de vista feminista, y dado que la autoatención no es más que "lo que hacen gratuitamente las mujeres por la salud de los demás", deberíamos entender también estos argumentos como formas de descalificación de género que son utilizadas cotidianamente por los trabajadores socio-sanitarios y los responsables políticos y que contribuyen a jerarquizar los trabajos, saberes y contribuciones culturales de hombres y mujeres. Sólo en esferas del cuidado como la relativa a las criaturas, o en situaciones sociales graves como por ejemplo la enfermedad del Alzheimer, se acepta de buen grado el papel de las cuidadoras, aunque siempre con la condición de que éstas sigan obedientemente los consejos y orientaciones médicas.

Desde este marco teórico, algunos estudios antropológicos llevados a cabo en ámbitos geográficos y culturales diversos han tenido como objeto de estudio el tema específico de los cuidados femeninos. Dos buenos ejemplos son los trabajos de Rosa María Osorio (1999a, 1999b) y Lilián Glez Chévez (1998), que han abordado distintos aspectos relativos a la atención a la salud ofertada por dos colectivos distintos de mujeres mexicanas de clase baja en el entorno doméstico, mostrando claramente el papel fundamental y autónomo de las mujeres en el mantenimiento de la salud de la población. Osorio ha hecho una investigación con un grupo de madres de la ciudad de México, analizando sus sistemas de saberes sobre los padecimientos de sus hijos e hijas, así como el rol materno en este sentido. En uno de sus artículos (1999a), y siguiendo a Finnerman (1989) y Zolla y Carrillo (1998), subraya la falta de reconocimiento desde el modelo médico hegemónico de este papel como curadora, en un contexto además donde la biomedicina no llega a una parte mayoritaria de la población: "La madre aparece como la receptora de las indicaciones médicas, como la 'cuidadora', protectora, educadora, pero pocas veces se valora su papel como curadora, como parte fundamental de los sistemas de atención a la salud y como el recurso no sólo más estratégico y accesible, sino también con un nivel relativamente alto de eficacia y efi-

---

ciencia, en términos de costos y resultados para el grupo doméstico" (Osorio, 1999a:66). Asimismo, destaca la infravaloración que las propias mujeres tienen de sus conocimientos sobre la salud y su subordinación a la clase médica y su pareja, a pesar de ser las depositarias de un gran conjunto de saberes y de que la inmensa mayoría de las actividades de atención pasan por sus manos (1999a) (14).

Este modelo antropológico aplicado a la investigación sanitaria podría permitir poner en su justa medida la aportación de las mujeres a la salud. De todas formas, a pesar de la relevancia de estas visiones, es necesario señalar que, al igual que en otras disciplinas, gran parte de la antropología sigue haciendo una lectura naturalizadora y esencializadora de los servicios sociales y sanitarios prestados por las mujeres. Y voy a explicitar algunos de los problemas más comunes que están ocurriendo en esta disciplina puesto que son bastante similares a los que suceden en otras esferas del conocimiento. En muchos estudios se comprueba fácilmente que se desconocen, y por lo tanto no se tienen en cuenta, los planteamientos y revisiones feministas acerca de todos estos temas u otras cuestiones relacionadas que pueden resultar fundamentales para el análisis. Como tampoco se toman en consideración las revisiones efectuadas en los últimos años dentro de otras especialidades antropológicas, como la antropología de la familia o la del parentesco. O se contempla todo ello de una manera totalmente secundaria. Y sin embargo, todas estas perspectivas obligan a replanteamientos en torno a la responsabilización femenina respecto al cuidado y la atención a la salud (15). Asimismo, muchas veces se hacen lecturas restrictivas y funcionalistas de la estructura social, o de parte de dicha estructura, incluso dentro de los enfoques más críticos: desde interpretaciones que otorgan más importancia a unos factores de estratificación (clase, etnia) que a otros (género), que limitan el desarrollo final de las investigaciones (16). No se analizan

---

(14) Por su parte, Glez Chévez (1998) analiza las estrategias de atención a la salud en un colectivo de mujeres de lo que ella denomina el subproletariado urbano, prestando especial atención a las interpretaciones diferentes, pero también a las convergencias entre el sistema médico y el sistema cultural de procedencia de sus informantes. Esta autora tiene además muy en cuenta tanto las diferencias de edad entre las mujeres, así como su inserción en un contexto socio-político y cultural determinado, aunque presta menos atención a las cuestiones específicas referidas al sistema de género.

(15) Llama la atención, por ejemplo, el artículo de Haro (2000) citado anteriormente, donde se hace una buena revisión del planteamiento antropológico del tema de los "cuidados profanos", desde la idea de que dichos cuidados son una dimensión estructural en todas las sociedades. De sesenta páginas que tiene, sólo se dedica una al tema específico de la responsabilización femenina, haciendo alusión sobre todo a los tipos de actividades realizadas por las mujeres. En el resto no se nombra apenas a las mujeres, sino que se habla de familias y redes domésticas y sociales, considerándolos como si fueran espacios homogéneos, armónicos y "naturales", y sin tener para nada en cuenta las relaciones y/o conflictos internos.

(16) Un problema que tiene por ejemplo el mismo trabajo de Glez Chévez (1998), que por otra parte no deja duda sobre la relevancia de la participación femenina en la atención a la salud en el contexto estudiado.

---

tampoco las estrategias femeninas concretas y diferentes, ni las diferencias que puede haber entre diversos sectores de mujeres. Ni se tienen en cuenta los conflictos y tensiones intrafamiliares o de otro tipo que surgen alrededor de estas responsabilidades, ni los cambios que se estén produciendo en las mismas, algo que es clave.

Dejando ya a un lado la investigación, he señalado también como objetivo de trabajo el reconocimiento de las mujeres como expertas. A este respecto, y más allá de posibles medidas económicas o fiscales u ofertando tiempo para la realización de estas tareas, habría que pensar en formas distintas de autorizar los conocimientos de las mujeres en torno a la atención a la salud. No sólo de autorizarlos, sino también de acreditarlos formalmente. Puede haber diferentes alternativas: desde la consideración de que ciertos itinerarios, por la intensidad o calidad de los cuidados realizados y de la formación que implican, puedan tener un reconocimiento curricular dentro del proyecto laboral de las mujeres que los han realizado (vía homologación de titulaciones oficiales, etc.) (17). Hasta la reflexión sobre cómo incluir a las mujeres, sobre todo a las directamente afectadas y/o organizadas en asociaciones de familiares y/o personas enfermas, en diferentes niveles de decisión y planificación social y sanitaria. Lo cual pasaría por pensar en cómo contribuir a organizar, politizar y feminizar más dichos colectivos. En este sentido, no me parece suficiente que las feministas, las políticas o las técnicas de igualdad participen en los procesos de discusión y/o decisión, como sería de desear, sino que estén presentes también las propias cuidadoras; o lo que es lo mismo, que se cree un espacio específico para la organización política en este campo. Es decir, estoy hablando de pensar en formas concretas de otorgar poder, autoridad y prestigio a las directamente implicadas, sin reservarnos el derecho a representarlas, para lo cual la condición de partida es ayudar a que se conviertan en sujeto político.

Pasando ya a la redistribución, al reparto de tiempos, recursos y cuidados entre hombres y mujeres, considero que los dos ejes comentados respecto a la campaña de las Asambleas de Mujeres de Euskadi de 1993, que van más en la línea de contribuir a romper de entrada la separación entre hombres y mujeres, y no tanto a subrayar las diferencias entre unos y otras, son definitivos para un cambio real de la situación. Es decir, por una parte, deberíamos estudiar formas de intervención desde el ámbito sanitario que consigan el compromiso ineludible de los hombres. En segundo lugar, el personal socio-sanitario tiene que apoyar de una manera clara y enérgica, sin titubeos, a las mujeres que "se niegan" ya a cuidar en las condiciones a las que nos obliga nuestra sociedad. Podemos poner un ejemplo de posible campo de actuación en la dinámica cotidiana de los centros sanitarios, que puede articular ambas líneas de trabajo. Se comprueba fácilmente que las mujeres tienen un papel mucho más activo como acompañantes en las consultas y tratamientos. De

---

(17) Una medida de este tipo se llevó a cabo en la CAVEAE con las monitoras de planificación familiar que, procedentes del movimiento feminista en su mayoría, y aunque su formación no había sido reglada desde el punto de vista sanitario, en un momento determinado se les facilitó el título de auxiliar de clínica, lo que sirvió para legitimar sus conocimientos de cara a la sociedad además de favorecer su futuro profesional.

---

forma que, cuando una patología o problema de salud que afecta a un núcleo familiar en su conjunto tiene que ver principalmente con el padre de familia o con un varón dentro del mismo, suele ser una mujer (esposa, madre, hija) la que acaba acudiendo a las consultas en búsqueda de ayuda; e incluso es ella la que llega a ser tratada directa o indirectamente a consecuencia de dicho asunto (18) (Esteban, 2001:230-231). Estamos hablando, en concreto, de la inhibición del colectivo masculino incluso en aspectos de la experiencia que les conciernen directamente, algo que es generalizable a cualquier nivel de la asistencia, y de lo que es cómplice el personal sanitario. Esta es una realidad que hay que replantear ya porque, de lo contrario, seguimos influyendo negativamente sobre las mujeres, ya que perpetuamos los roles que por otra parte consideramos que las discriminan (ibidem). Pero todo ello debería formar parte de un planteamiento más general acerca de cómo poner en marcha políticas activas hacia los hombres a distintos niveles y en diferentes ámbitos, "exigiéndoles" su participación con medidas y protocolos de actuación más o menos formalizados.

Los dos ejes de intervención señalados pueden tener campos de aplicación y concreción muy diferentes en la intervención socio-sanitaria, y se podrían beneficiar de la participación conjunta y coordinada de profesionales también muy diversos: trabajadoras sociales, personal sanitario, técnicas de igualdad, sindicalistas, expertos en cuestiones legislativas y jurídicas, etc. En este sentido, es posible que tengamos que estudiar ya las posibilidades que tenemos de impulsar alianzas y estrategias concretas entre el sector sanitario y otros sectores sociales, profesionales, sindicales y políticos afines, que además es posible tengan más avanzada la reflexión. Además, quizá habría que ir pensando en la elaboración de un plan general de actuación en torno a este tema, o por lo menos de un protocolo de mínimos, como se está planteando en asuntos como el de la violencia contra las mujeres.

Por último, me gustaría apuntar otra cuestión que permea todo lo anterior y que me parece también fundamental. En general, el personal médico-sanitario, o bien no ha pensado siquiera en la existencia de un problema de discriminación de género a este respecto, o bien no ve qué se puede hacer desde los dispositivos asistenciales, o como mucho se limita a ser colchón de los males y quejas de las mujeres, sin ofrecerles alternativas reales y/o, lo que es peor, medicalizándolas. No estoy totalmente en contra de dar respuestas médicas, psicológicas o incluso farmacológicas a los males derivados de la discriminación social. Pero tendríamos que ser conscientes de que debe ser una alternativa totalmente secundaria, y de que de alguna manera este abordaje supone un fracaso social y sanitario, puesto que no va a la raíz del problema. Fijémonos por un momento en otras reivindicaciones feministas de gran trascendencia también para la vida de las mujeres, como por ejemplo la del derecho al aborto. A las mujeres que querían abortar no les

---

(18) Debate planteado por la psicóloga Itziar Cantera en el foro "Las mujeres y la ciudad: salud y calidad de vida", organizado por la OP-Asociación de Salud Pública del País Vasco (Bilbao, 1997).

---

ofrecimos terapias o fármacos para combatir sus penas. Aunque se diera en un momento histórico diferente y con un movimiento feminista mucho más activo en la calle, es evidente que el debate en torno al aborto y su resolución legal (aunque fuera parcial) del problema que planteaba se produjo sólo y exclusivamente tras una fase más o menos larga de conflictividad social (juicios, movilizaciones, autoinculpaciones, etc.) que forzó a buscar soluciones. Y en ello se comprometieron directa o indirectamente una parte importante de profesionales sanitarios, feministas y no feministas. De la misma forma, estoy defendiendo la necesidad de la agudización del conflicto referido a los cuidados como una condición para su resolución. Y en este proceso veo también muy necesaria la implicación del sector sanitario. Al igual que con el aborto, para resolver la desigualdad de hombres y mujeres respecto a los cuidados va a ser imprescindible que las mujeres se quejen y protesten mucho más de lo que lo hacen en la actualidad, dejen de ejercerlos y se hagan insumisas; va a ser necesario que las feministas apoyemos estas acciones de todas las maneras posibles; va a ser también necesario que el personal socio-sanitario, o por lo menos un sector concienciado dentro del mismo, no haga de mero receptor del malestar de las mujeres sino de multiplicador y propagador de sus reivindicaciones. Y por tanto, deberíamos ir preparándonos todos y todas: mujeres, feministas y profesionales, para un mayor conflicto. Porque sólo así la sociedad, los políticos y los hombres tomarán en cuenta los intereses de las mujeres y se plantearán en serio que tienen que modificar la situación actual.

## Bibliografía

- AMB-BEA (Asamblea de Mujeres de Bizkaia-Bizkaiko Emakumeen Asanblada). "La dedicación a los demás. El derecho a elegir, objetivo político prioritario". *Jornadas Feministas. Juntas y a por todas*. Madrid: Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español; 1994, pp. 29-36.
- Comas d'Argemir, Dolors. "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco", en Roigé, X. (coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*. VI Congreso de Antropología. Tenerife: Asociación Canaria de Antropología, 1993, pp. 65-82.
- Comas d'Argemir, Dolors. "Mujeres, familia y estado del bienestar", en del Valle, T. (ed.) *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel, 2000, pp. 187-204.
- Comelles, Josep Maria. "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Trabajo social y salud* ("Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995) (I)", N° 29, Marzo 1998, pp. 135-150. Zaragoza.
- Connell, Robert W. "La organización social de la masculinidad", en Valdés, T.; Olavarría, J. (eds.) *Masculinidades. Poder y crisis*. Chile: Isis Internacional, 1997, pp. 31-48.
- Del Valle, Teresa (coord.); Apaolaza, Jose Miguel; Arbe, Francisca; Cucó, Josepa; Díez, Carmen; Esteban, Mari Luz; Etxeberria, Feli; Maquieira, Virginia. *Modelos Emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea, 2002.
- Durán, María Ángeles. *Costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV, 1999.
- Esteban, Mari Luz. "La maternidad como cultura", en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000, pp. 207-226.
- Esteban, Mari Luz. *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa, 2001.
- Esteban, Mari Luz. "Feminismo y salud: balance de tres décadas". Ponencia presentada en el *Seminario sobre Investigación Feminista* organizado por el Instituto de la Mujer y celebrado en Madrid, en noviembre de 2002 (en prensa).
- Finnerman, Ruthbeth. "The Forgotten healers: women as family healers in an andean indian community", en Shepherd McClain, C. (ed.) *Womens as Healers. Cross-cultural perspectives*. London: Rutgers University Press, 1989, pp. 24-41.
- Finch, J. *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1989.
- Fraser, Nancy. "¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era 'post-socialista'". *New Left Review* ("Pensamiento crítico contra la dominación"), N° 0, Enero 2000, pp.126-155. Ediciones Akal.

- 
- García Calvente, M M. Mateo Rodríguez, I. Gutiérrez Cuadra, P. *Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Investigación Cuantitativa*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
- González Chévez, Lilián. *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 1998 (inédita).
- Haro Encinas, Jesús Armando. "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000, pp. 101-161.
- Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública (nº 32). Madrid: Comunidad de Madrid-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales-Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, 1996.
- Maquieira d'Angelo, Virginia. *Revisiones y críticas feministas desde la antropología social. Las contradicciones de Edward Westermarck: un reformador de la sexualidad*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 1997.
- Maravall, Héctor. "Las mujeres, sujeto y objeto del Pacto de Toledo y de la atención a la Dependencia. Protección social de las mujeres". Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 2003, 145-169.
- Menéndez, Eduardo L. "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular", 1990, (manuscrito).
- Menéndez, Eduardo L. "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica", en Mercado, F. (ed.) *Familia, Salud y Sociedad*. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/ Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.
- Narotzky, Susana. "La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos". *Familia y relaciones de parentesco. Estudios desde la antropología social. Antropología*, 2. Valencia: Generalitat Valenciana/Institut Valencià de la Dona, 1990, pp. 45-51.
- Osorio, Rosa María. "Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesarias", en Esteban, M.L.; Díez, C. (coords.) *Antropología Feminista: desafíos teóricos y metodológicos. Ankulegi-Revista de Antropología Social*, Nº Especial, 1999, pp. 63-70. Donostia.
- Osorio, Rosa María. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS-INAH-INI, 1999.



- 
- Otxoa, Isabel. "Planes de familia". Ponencia presentada en las *Jornadas de Mujeres Abertzales-Emakume Abertzaleen Topaketak*, realizadas en diciembre de 2001, en Leitza (Nafarroa).
- Rodríguez Cabrero, Gregorio. "El problema de la dependencia: Conceptualización y debates". *La protección social de la dependencia*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM-SERSO)-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999, 25-44.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio. "Conclusiones". *La protección social de la dependencia*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM-SERSO)-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999, pp. 621-629.
- Saitua, Aintzane; Sarasola, Maruja. "La insumisión. El cuidado como elección". *Geu Emakumeok*, N° 17, Verano 1993, pp. 27-29.
- Tobío, Constanza. "La contradicción familia-empleo y las estrategias de las madres trabajadoras". *Demografía y cambio social* (Simposio organizado por la Consejería de Servicios Sociales. Madrid, 12 y 13 de junio de 2000). Madrid: Consejería de Servicios Sociales-Comunidad de Madrid (Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales), pp. 91-106.
- Tobío, Constanza. "Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras". *Conciliar la vida. Tiempo y servicios para la igualdad*. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 2002, pp. 15-43.
- Zolla, C.; Carrillo, A. "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Figueroa P., J.G. (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México, 1998, pp. 167-198.

---

**ALICIA GARRIDO LUQUE**  
Dpto. de Psicología Social.  
Universidad Complutense de  
Madrid

*La*  
*distribución*  
*del trabajo*  
*generado por*  
*el cuidado de*  
*otras personas*



## *Introducción*

1 .

La reflexión sobre el cuidado de otras personas debe ser situada en el contexto social e histórico en el que vivimos y que se caracteriza, de forma muy resumida, por los siguientes rasgos:

a) **Crisis profunda de los principios de la sociedad salarial.** La globalización del capital, los avances científicos y tecnológicos y la nueva forma de organización de las empresas, basada en la flexibilidad del trabajo, han dado lugar a una situación de crisis caracterizada por la persistencia de altos niveles de desempleo y por la paulatina desaparición de las formas de empleo tradicionales. El empleo estable, para toda la vida, desarrollado en una determinada empresa y altamente protegido, está comenzando a ser un bien escaso. En su lugar están apareciendo múltiples formas de empleo denominadas "atípicas" pero que son cada vez menos atípicas dada su frecuencia. Empleos temporales, a tiempo parcial, trabajo por turnos, horarios flexibles, auto-empleo, subcontrataciones, son formas de trabajo cada vez más extendidas.

b) **Incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.** El aumento del nivel educativo de las mujeres y su incorporación al mercado laboral es uno de los cambios sociales más importantes de las últimas décadas. Las estadísticas laborales muestran un crecimiento continuado de las tasas de actividad femenina, que se mantiene incluso en los tramos de edades intermedias. A diferencia de lo que ocurría hace unas décadas, cuando la tasa de actividad experimentaba una brusca caída a partir del tramo de edades 25-54 años, actualmente la tasa de actividad se mantiene alta en estos grupos. Este dato indica que muchas mujeres permanecen en el mercado de trabajo incluso después de casarse y tener descendencia.

c) **Cambios en los modelos de familia.** El modelo de familia tradicional, en el que el hombre desempeñaba el papel de sustentador económico de la familia y la mujer tenía como principal responsabilidad el trabajo doméstico, está dejando de ser un patrón estándar. Actualmente, la familia tradicional coexiste con otros modelos de familia diferenciados tanto en su composición como en el papel que desempeñan hombres y mujeres.

Todos estos cambios tienen que afectar necesariamente a la forma en que se organiza el cuidado de otras personas. Aunque el cuidado de otras personas tiene, en muchos casos, una indudable connotación afectiva, su organización es el resultado de una decisión política y depende en gran medida del modelo de sociedad que se establezca como aspiración. En los países del Sur de Europa, la responsabilidad del cuidado de criaturas, personas enfermas y ancianos y ancianas ha recaído fundamentalmente en las familias y, más específicamente, en las mujeres. Un modelo diferente al de los países escandinavos, en los que existe una red sólida de apoyo formal que permite a las familias delegar una gran parte del cuidado de otras personas en las instituciones públicas.

Ahora bien, teniendo en cuenta los cambios sociales de los que acabamos de hablar, ¿es previsible que se mantenga la actual división por géneros? Teniendo en cuenta que las mujeres, sobre todo las más jóvenes, muestran una clara intención de incorporarse al mercado laboral, ¿puede esperarse que sigan asumiendo en el futuro el cuidado de niños y niñas y personas adultas con la

---

misma intensidad con la que lo han venido haciendo hasta ahora? ¿quién asumirá las tareas de cuidado que las mujeres no puedan seguir haciendo?

A continuación, voy a mostrar algunos datos que pueden servirnos para reflexionar sobre estos puntos. Los datos que voy a presentar proceden de dos proyectos de investigación diferentes. El primero de ellos, de carácter cualitativo, fue un estudio titulado "La contribución de las mujeres al mantenimiento del bienestar social: el cuidado de otras personas", subvencionado por el Ministerio de Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer). El segundo, en el que se utilizaron técnicas de investigación cuantitativas, es el proyecto "El uso del tiempo: integración en el análisis de la estructura social y económica", dirigido por M<sup>a</sup> Ángeles Durán y subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

La utilización conjunta de información cuantitativa y cualitativa nos permitirá conocer algunas estimaciones de la cantidad de tiempo que se dedica en los hogares al cuidado de otras personas, y analizar los significados que las personas dan a esta actividad y las consecuencias que se derivan de la realización de la misma.

La forma en que se define el concepto de cuidados varía considerablemente de unos estudios a otros, tanto en lo que se refiere a la identificación de los colectivos que demandan cuidados como en lo que se refiere a la concreción de las actividades englobadas bajo esta etiqueta. En un sentido amplio, las actividades de cuidados son aquellas que tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de otra persona. Partiendo de esta definición, cualquier persona puede ser receptora de los cuidados de otra. Y gran parte de las actividades no remuneradas que se realizan cotidianamente en los hogares podrían ser interpretadas como actividades de cuidado, ya que lo más frecuente es que el ama de casa no las haga para sí misma. En esta intervención voy a optar, sin embargo, por una definición más restringida del concepto de cuidado. Uno de los criterios utilizados para definir a una actividad como cuidado, es que la persona a la que vaya dirigida la actividad no pueda satisfacer por sí misma sus necesidades. Las actividades de cuidados quedarían limitadas, por tanto, a las dirigidas a colectivos muy específicos, como los niños y niñas, las personas enfermas y las personas mayores. Los límites entre los cuidados y otras actividades no remuneradas son, a veces, difusos. Actividades como limpiar o preparar comidas forman parte claramente del trabajo doméstico, pero podrían ser entendidas como actividades de cuidado si se realizan para otra persona que no es capaz de realizarlas por sí misma.

2.

## *Algunos datos sobre el reparto de las tareas de cuidados dentro de los hogares*

Cada vez son más los autores y autoras que señalan que la única solución para la actual crisis de la sociedad salarial es la construcción de un nuevo orden social, en el que el trabajo asalariado deje de tener la centralidad que actualmente tiene como fuente de identidad y como vehículo de participación social (Beck, 2000; Méda, 1996, entre otros y otras). Una de las propuestas de elaboración de este nuevo orden social se basa en la sustitución del empleo por la actividad como base de organización. La meta del pleno empleo daría paso a la meta de la plena actividad. De forma muy resumida, la propuesta consistiría en la participación de todos y todas (hombres y mujeres) en el trabajo remunerado, algo que se lograría mediante una disminución del tiempo dedicado al mismo, y la participación de todas y todos en el resto de actividades, incluyendo el cuidado de otras personas.

En el fondo de estas propuestas se encuentra la idea de que existe una estrecha interdependencia entre lo que ocurre dentro y fuera del ámbito doméstico, y que para que podamos hablar de una participación de todas y todos en la producción es necesario que todas y todos participemos en el trabajo no remunerado, en general, y en el cuidado de otras personas en particular. La cuestión que hemos de plantearnos es si actualmente se dan las condiciones para que pueda articularse este orden social. Es decir, si existe un reparto equitativo de las actividades dirigidas al cuidado de niños y niñas y personas ancianas, o si el reparto actual permite vislumbrar en un futuro cercano una mayor equidad.

No cabe duda de que en las últimas décadas se han producido cambios perceptibles en la participación de los hombres en el trabajo no remunerado en general, y en el cuidado de los hijos e hijas en particular. No ocurre lo mismo en el caso del cuidado de personas mayores y enfermas. La proporción de familias en las que el hombre participa en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos e hijas es actualmente mayor que hace unos años (Carrasquer y otros, 1998; Meil, 1997; Menéndez e Hidalgo, 1998; Setién, 1998).

La opinión de las mujeres que participaron en la investigación cualitativa coincide, en líneas generales, con los datos derivados de los estudios cuantitativos mencionados. La conciencia de que ha habido un aumento en la participación del varón en el ámbito doméstico y en el cuidado de las criaturas se observa especialmente en las mujeres mayores, que comparan la ayuda recibida por parte de sus maridos con el comportamiento que ahora observan en los hombres más jóvenes.

Pese a este aumento de la participación masculina, los datos de la encuesta realizada por el CSIC (2003) indican que el reparto de las tareas de cuidados no es equitativo, siendo las mujeres las principales responsables del cuidado de las criaturas, personas enfermas y personas mayores. La

---

menor diferencia entre hombres y mujeres la observamos en el caso del cuidado de personas enfermas (.47). Las mujeres dedican un poco más del doble de tiempo que los hombres al cuidado de personas mayores. La diferencia mayor se observa en el caso del cuidado de niños y niñas, en donde las mujeres dedican cuatro veces más tiempo que los hombres (13.57 frente a 3.44).

3.

## *Factores que explican el desigual reparto de las tareas de cuidado*

3.1

### EDAD Y CICLO FAMILIAR

La participación del varón en el cuidado de los hijos e hijas es mayor en los hogares de parejas jóvenes (Carrasquer y otros, 1998; Meil, 1997; Valiente, 1997). Sin embargo, no está claro si esto es reflejo de un cambio generacional o es efecto de la edad y de la etapa del ciclo familiar en la que se esté. Muchas de las mujeres que participaron en la investigación cualitativa afirmaban que la participación del varón en el trabajo no remunerado es mayor en los momentos iniciales del ciclo familiar y que va disminuyendo a medida que pasa el tiempo.

La llegada de las hijas e hijos es un momento crítico en lo que a la redistribución del trabajo doméstico se refiere. Es en este momento cuando muchas mujeres que tienen un empleo remunerado abandonan el mercado de trabajo o cuando muchas mujeres que están desempleadas deciden dejar de buscar un empleo. La decisión de que la mujer permanezca en casa para cuidar a los hijos e hijas hace que también recaiga sobre ella el resto del trabajo doméstico.

El efecto de este factor no se observa en el caso del cuidado de personas mayores.

3.2

### LA SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER

La situación laboral de la mujer es otro de los factores que se han tenido en cuenta a la hora de explicar la mayor o menor participación del varón en el trabajo doméstico y en el cuidado de las hijas e hijos. Algunos estudios sugieren que cuando la mujer tiene un empleo remunerado la participación del hombre en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos e hijas es mayor (Carrasquer y otros, 1998; Durán, 1988; Durán, 1998; Meil, 1997; Menéndez e Hidalgo, 1998; Valiente, 1997).

La relación entre la situación laboral de la mujer y la participación del varón en las tareas domésticas es, sin embargo, más compleja de lo que en un principio pudiera parecer. La participación de los varones es mayor en los hogares en los que la mujer tiene un empleo remunerado, pero aun

---

en estos casos, la mayor parte del trabajo generado por el cuidado de otras personas sigue siendo realizado por las mujeres.

### 3.3

#### LA INCOMPATIBILIDAD ENTRE EL ROL LABORAL DE LOS VARONES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS E HIJAS

Uno de los motivos que suelen esgrimirse para explicar la escasa implicación de los varones en las tareas del hogar es la cantidad de tiempo que dedican al trabajo remunerado, así como la organización de los horarios de la actividad laboral extradoméstica. La mayoría de las personas que tienen un empleo remunerado, tanto hombres como mujeres, perciben dificultades para compaginar el desempeño de dicha actividad con una participación activa en el cuidado de las otras personas. En muchos casos, las dificultades de conciliación entre la vida laboral y la vida familiar vienen explicadas por el elevado número de horas que deben dedicarse al trabajo extradoméstico. Asimismo, el hecho de que el horario del trabajo remunerado se prolongue, en muchos casos, hasta el final de la tarde, impide la presencia de muchos varones en el hogar en las horas de mayor actividad doméstica. En general, las mujeres utilizan también este tipo de argumentos cuando justifican la escasa participación del varón en el trabajo doméstico (Menéndez e Hidalgo, 1997), o cuando explican los motivos por los que sus parejas muestran un alto nivel de participación en este tipo de tareas.

Sin embargo, el hecho de que la mayor parte de las mujeres que tienen un empleo remunerado consigan compaginar ambos roles, nos lleva a matizar la influencia de este factor que, probablemente, opera en interacción con otras variables.

No obstante, e independientemente de la forma en la que opere este factor, lo cierto es que muchos varones expresan el deseo de reducir su dedicación al trabajo remunerado para poder tener una participación más activa en el cuidado y educación de los hijos e hijas (Menéndez e Hidalgo, 1997, 1998), lo cual debería ser tenido en cuenta a la hora de diseñar políticas sociales encaminadas a lograr una mayor conciliación entre la vida laboral y la vida familiar. Como señalan algunos autores y autoras (Valiente, 1997), la mayor parte de los programas y medidas que están en vigor actualmente, han sido diseñados para que puedan ser utilizados indistintamente por el hombre o por la mujer. En un contexto social en el que el cuidado de los hijos e hijas sigue siendo percibido como una responsabilidad de las mujeres, y en el que el trabajo extradoméstico de la mujer sigue teniendo menos importancia que el del varón, la falta de especificidad de este tipo de medidas hace que sea normalmente la madre quien termina acogiendo a las mismas. La adopción de medidas dirigidas específicamente a los hombres y que ofrezcan a éstos mayores incenti-



---

vos para desempeñar un papel más activo en el cuidado de los hijos e hijas, podría ser un paso importante en la dirección de lograr una mayor participación del hombre en el ámbito doméstico.

### 3.4

#### DIFERENTE PERCEPCIÓN DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO REMUNERADO DE HOMBRES Y MUJERES

La creencia de que la realización del trabajo doméstico corresponde exclusivamente a la mujer, mientras que debe ser el hombre quien asuma el papel de sustentador económico de la familia está cada vez menos extendida y existe un amplio reconocimiento del derecho de las mujeres a desempeñar una actividad laboral fuera del ámbito doméstico. Pero esto no implica necesariamente que al trabajo extradoméstico de la mujer se le atribuya el mismo grado de importancia que al del varón. Para los varones, el trabajo remunerado no sólo es un derecho sino también, y fundamentalmente, una obligación. El trabajo remunerado de las mujeres, sin embargo, ha sido definido casi exclusivamente como un derecho, que se puede ejercer de forma voluntaria (Bimbi y Del Re, 1997). Esta forma de percibir el trabajo extradoméstico de las mujeres es ampliamente compartida por la población española (Valiente, 1997).

Aun cuando los recursos económicos aportados por la mujer resulten absolutamente necesarios para el mantenimiento de la familia, es bastante frecuente que sean considerados como un mero complemento del salario percibido por el varón. Por otra parte, la función que suele atribuirse al empleo extradoméstico femenino es la de proporcionar a la mujer la oportunidad de relacionarse con otras personas y realizar alguna actividad fuera del ámbito doméstico. Tanto si al trabajo remunerado de la mujer se le da un valor puramente instrumental como si se le atribuye un significado expresivo, lo cierto es que suele ser percibido como una actividad voluntaria. La atribución de este carácter voluntario al trabajo remunerado de las mujeres convierte en obligatoria la dedicación de éstas al trabajo no remunerado.

## Opinión sobre la conveniencia del trabajo de la mujer en diferentes situaciones familiares (Porcentajes)

	TOTAL	VARÓN	MUJER
Después de casarse y antes de tener hijas e hijos			
Jornada completa	72	69	74
Tiempo parcial	15	14	16
No trabajar	7	9	5
NS/NC	6	7	5
Cuando hay un hijo o hija que no tiene edad para ir a la escuela			
Jornada completa	16	16	16
Tiempo parcial	37	35	40
No trabajar	40	42	38
NS/NC	7	7	7
Después de que el hijo o la hija pequeña empiece a ir a la escuela			
Jornada completa	41	41	41
Tiempo parcial	39	35	42
No trabajar	13	16	10
NS/NC	7	8	6
Después de que los hijos o hijas se hayan ido de casa			
Jornada completa	75	74	77
Tiempo parcial	11	9	12
No trabajar	8	10	6
NS/NC	6	7	6

Aunque la presencia de la mujer en el ámbito público esté hoy plenamente aceptada, al menos en el plano formal, todavía hay una gran resistencia a aceptar una menor presencia de la mujer en el ámbito privado. La idea de que el trabajo de la mujer fuera del hogar debe estar supeditado al hecho de que no haya hijas o hijos pequeños está todavía muy extendida entre la población española. Según un estudio reciente (CIS, 1997), por ejemplo, un 40% de la población piensa que la mujer no debe trabajar cuando en el hogar hay hijos o hijas que aún no tienen edad para ir a la escuela, mientras que sólo un 16% ve positivamente que las mujeres tengan un empleo a tiempo completo en estas circunstancias (ver tabla).

La idea de que el trabajo extradoméstico de las mujeres debe estar condicionado al hecho de que no haya hijas o hijos pequeños en el hogar, se encuentra estrechamente relacionada con la persistencia de creencias estereotipadas sobre los rasgos de personalidad que caracterizan a hombres y mujeres.

### 3.5

### PERSISTENCIA DE ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

La creencia de que la mujer está dotada, de forma natural, de una mayor capacidad para detectar las necesidades de otras personas está todavía muy extendida. En el caso del cuidado de ni-

---

ños y niñas, persisten todavía algunas ideas estereotipadas sobre los rasgos psicológicos de las mujeres que hace que éstas sean percibidas como más sensibles, afectivas. En la investigación cualitativa a la que me estoy refiriendo hemos observado que está muy extendida la idea de que la relación afectiva que se mantiene con la madre es más intensa que la que se mantiene con el padre, lo cual sirve para sustentar la opinión de que la presencia continua de la madre en el hogar es fundamental para un adecuado desarrollo de los hijos e hijas. La creencia de que varones y mujeres tienen características psicológicas diferentes sirve de justificación a la asignación de roles diferenciados a ambos géneros. De las discusiones mantenidas por las mujeres que han participado en este estudio pueden entresacarse algunos rasgos que las mujeres perciben como centrales en la maternidad.

Es muy frecuente la idea de que la mujer tiene una especial sensibilidad para detectar y satisfacer las necesidades de los hijos e hijas. La maternidad implica un estado de alerta, que permite que las necesidades del hijo o de la hija sean captadas por la madre de forma casi telepática. Esta imagen de la madre en continuo estado de alerta se contrapone a una imagen del padre despreocupado y tranquilo.

La mujer se siente responsable del cuidado de la descendencia y existe una especie de consenso en torno a la idea de que el ejercicio adecuado de la maternidad exige sacrificio y renuncia. Este sacrificio comienza cuando la mujer abandona su empleo para cuidar de los hijos e hijas. La idea de sacrificio parece consustancial a la maternidad y se explica por una especie de unión inmaterial que hay entre el hijo/hija y la madre. Aunque hay algunas voces discrepantes, son pocas las mujeres que intentan restar a la maternidad este carácter de actividad abnegada.

Únicamente en situaciones de sobrecarga las mujeres renuncian a dicho sacrificio, pero entonces surge el sentimiento de culpa y la autopercepción negativa como "malas madres".

Los estereotipos sobre los hombres tienden también a mantener la escasa participación de éstos en el cuidado de la descendencia. La creencia estereotipada de que el hombre no tiene habilidad suficiente para encargarse del trabajo no remunerado está muy extendida entre las mujeres. Algo que se observa cuando las mujeres hablan del trabajo doméstico en general y del cuidado de los hijos e hijas en particular.

En el caso específico del cuidado de los hijos e hijas, la mujer no sólo achaca al varón una menor habilidad para realizar las tareas derivadas del cuidado de las criaturas, sino que hay una cierta tendencia a percibirle como menos interesado y preocupado por las necesidades de los hijos e hijas. Algo que se considera consustancial a la naturaleza del varón. Como se ha señalado anteriormente, muchas mujeres piensan que la madre está dotada de una capacidad innata para detectar las necesidades de los hijos e hijas, y que esta capacidad es un rasgo esencial de la maternidad ausente, en la mayoría de los casos de la paternidad.

### 3.6

#### LOS EFECTOS DE LA EDUCACIÓN RECIBIDA

La educación recibida en el seno de la familia de origen es otro de los factores que deben ser tenidos en cuenta a la hora de dar cuenta de la escasa participación de los varones en el cuidado. Es en el contexto de la familia en donde se proporcionan los modelos masculino y femenino que servirán de base a la definición de los roles de género.

Una de las consecuencias de las diferencias en las pautas de socialización de ambos géneros es que las mujeres van adquiriendo en mayor medida que los varones tanto la habilidad para llevar a cabo este tipo de tareas como el hábito de realizarlas. Algunos autores y autoras han señalado que el hecho de que el hombre inicie la vida en pareja con menor habilidad que las mujeres es uno de los factores que explican su escasa participación en el mismo (Valiente, 1997). La creencia de que los varones no tienen la habilidad y capacidad suficiente para realizar este tipo de tareas forma parte de una imagen estereotipada que las mujeres tienen sobre los hombres y que contribuye a reforzar la diferenciación de roles dentro de la familia.

Muchas mujeres muestran, sin embargo, sus dudas sobre este punto. Por una parte, dada la sencillez de las tareas que hay que realizar cotidianamente en los hogares, la falta de habilidad de los hombres resulta poco creíble.

Por otra parte, son muchas las mujeres que no han tenido una participación activa en el trabajo doméstico en sus familias de origen y que, por tanto, han iniciado su vida en pareja sin haber adquirido ni la habilidad ni el hábito de realizar este tipo de tareas que, sin embargo, han aprendido a realizar rápidamente y con relativa facilidad.

La mayoría de las mujeres que han participado en este estudio reconocen la importancia de la educación y reflexionan sobre el papel que la propia mujer tiene en la consecución de un reparto más equitativo del trabajo no remunerado en el futuro. No obstante, muchas participantes reflexionan sobre la enorme dificultad que entraña esta tarea y recuerdan que no son ellas las únicas responsables a la hora de lograrla. Como señalan algunas mujeres, la tarea educadora de la familia no debe quedar reducida a la labor de la madre. También es necesario que el padre ofrezca un modelo masculino en el que tenga cabida la participación en las tareas domésticas, algo que aún se está lejos de lograr.

### 3.7

#### LA ACTITUD DE LA PROPIA MUJER

La mayor parte de las mujeres son conscientes de la responsabilidad que ellas mismas tienen en la consecución de un mayor reparto de las tareas dentro del hogar. Los intentos de la mujer por lograr un reparto más equitativo de la carga de trabajo pueden convertirse en una importante fuente de conflictos. Las estrategias utilizadas por las mujeres para afrontar este tipo de conflictos podrían ser también un factor determinante del grado de implicación de los varones en el trabajo doméstico. Aunque los estudios en los que se ha abordado este factor no han sido muy numerosos,

---

algunos datos sugieren que las mujeres que muestran un mayor nivel de tolerancia hacia este tipo de conflictos son las que logran una mayor participación de la pareja en el trabajo doméstico (Carrasquer y otros, 1998). La experiencia que nos relatan algunas de las mujeres que participaron en este estudio corrobora esta conclusión. Lo normal es que cuando la mujer comienza a exigir una mayor participación de la pareja en el trabajo doméstico encuentre una gran resistencia. Para lograr el éxito en esta empresa la mujer debe ser capaz de persistir en su reivindicación y tener la paciencia suficiente como para que una parte del trabajo doméstico se quede temporalmente sin hacer. Lógicamente, la actitud de la mujer dependerá de los recursos con los que cuente así como de factores de carácter ideológico.

Pero los datos obtenidos en el transcurso de esta investigación indican que la mayoría de las mujeres tiende a evitar este tipo de conflictos. Las tensiones que surgen en el seno de la familia cuando la mujer intenta una mayor participación del resto desembocan finalmente en una renuncia a esta aspiración. La mujer tiene muy interiorizada la responsabilidad de las tareas domésticas y del cuidado de la descendencia, de manera que le cuesta dejar las cosas sin hacer.

4.

## *Estrategias de reparto del cuidado cuando la mujer trabaja*

Las respuestas de los hogares ante la situación en la que la mujer trabaja remuneradamente fuera del hogar son variadas:

A) **Reparto equitativo.** Se trata de una estrategia muy poco frecuente que se da, sobre todo, en parejas jóvenes, en las que la mujer tiene un nivel educativo medio-alto y está implicada en el desarrollo de una carrera laboral que tiene la misma centralidad que la del varón.

B) **El trabajo a tiempo parcial.** Una posibilidad es que el horario del empleo permita a la mujer cumplir con sus obligaciones familiares. Se trata de una opción que muchas mujeres perciben de forma positiva, pero que es poco frecuente por lo poco extendida que está esta forma de contratación.

C) **La delegación de las tareas de cuidado en el servicio doméstico.** Como es lógico, el que el cuidado de los hijos e hijas se delegue en el servicio doméstico es una estrategia estrechamente asociada a los recursos económicos de los que dispone la familia. Se observa en familias de estatus socioeconómico medio-alto, en las que ambas partes de la pareja trabajan y la mujer tiene un estatus socio-laboral equiparable al de su pareja. O bien en hogares monoparentales, en los que la mujer es la única sustentadora económica de la familia y se ve obligada a delegar el cuidado de los hijos e hijas para trabajar.

En general, la decisión de adoptar esta estrategia se plantea en términos económicos. Pero lo que se utiliza como criterio a la hora de decidir si merece la pena delegar el cuidado de las hijas e hi-

---

jos en el servicio doméstico no son los ingresos familiares, sino el salario de la mujer. De alguna manera, el empleo extradoméstico de la mujer no sólo tiene un carácter voluntario, sino que muchas veces se percibe como un lujo que sólo pueden permitirse aquellas mujeres que ganen lo suficiente como para poder delegar el cuidado de las hijas e hijos en otras personas.

Además del coste económico, se perciben en el servicio doméstico otras desventajas, como la desconfianza, la ausencia de afecto, etc.

La red formal de apoyo, dentro de la cual se encuadrarían los servicios de cuidados ofertados por el Estado y la Administración local, tampoco son muy utilizados a la hora de delegar el cuidado de niños y niñas y personas mayores. Aunque generan más confianza, la satisfacción con estos servicios es muy baja. Algunas mujeres dicen haber recurrido al servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento, pero la experiencia ha sido, en términos generales, negativa. En primer lugar por las dificultades de acceso al mismo, debidas a la gran cantidad de requisitos que hay que reunir para poder solicitar estas ayudas. En segundo lugar, por la escasa preparación del personal contratado para el cuidado de otras personas.

**D) La delegación de las tareas de cuidado en otras personas: la red de apoyo familiar.** En los casos en los que los recursos económicos de la familia no permiten delegar el trabajo no remunerado en el servicio doméstico la estrategia más frecuente es recurrir a la red de apoyo familiar (Agulló, 1999; Carrasquer y otros, 1998; Tobío, Fernández Cordón y Agulló, 1998). Esta estrategia es más frecuente en el caso del cuidado de niños y niñas que en el cuidado de personas ancianas. Más concretamente, suele ser alguna mujer de la familia, normalmente las abuelas, quien se ocupa de las tareas del cuidado de los hijos e hijas.

En la investigación cualitativa que realizamos, ocupó un lugar central la reflexión sobre el papel que actualmente están desempeñando las abuelas en el cuidado de nietos y nietas. Aparte del motivo económico, hay otros motivos por el que se recurre a mujeres de la familia: lazos afectivos fuertes con los niños y niñas, mayor confianza que éstas despiertan, vínculo familiar, etc. Todos estos factores hacen que la delegación en otras u otros miembros de la familia sea percibida como algo más natural que el servicio doméstico. El cuidado de las hijas e hijos no se sitúa, de este modo, en un contexto laboral sino familiar y el sentimiento de culpa de la mujer por estar delegando su responsabilidad es menor.

Aunque algunas mujeres consideran que se está abusando de las personas mayores, no es ésta una opinión muy extendida. En muchos casos, el papel de la abuela se percibe como una prolongación de los deberes y sacrificios que entraña la maternidad. El fuerte vínculo emocional que une a la mujer con los hijos e hijas se utiliza como argumento para exigirle un papel igualmente activo en el cuidado de los nietos y nietas. Asimismo, se considera que existe una relación de intercambio entre unos hogares y otros y que la participación en el cuidado de los hijos e hijas se ve recompensada por el apoyo a las personas mayores en situaciones de enfermedad o necesidad especial de cuidados.

---

E) **El abandono del mercado de trabajo.** El abandono del mercado laboral es la respuesta extrema cuando se tienen problemas para compatibilizar el rol de cuidadora con el desempeño de una ocupación. Esta situación puede tener lugar por muchos motivos.

Para muchas mujeres, la retirada del mercado de trabajo no es voluntaria sino que viene motivada por la situación de discriminación en la que todavía se encuentran las mujeres dentro del mercado laboral. Muchas mujeres son despedidas inmediatamente después de la baja por maternidad o no consiguen encontrar un puesto de trabajo por la reticencia del empresariado a contratar a mujeres en edad fértil. Aunque este tipo de problemas son más frecuentes en las mujeres de clase social media-baja, con menores niveles de cualificación, tampoco es raro que este tipo de experiencias las cuenten mujeres de clase social media-alta.

En algunos casos, la imposición de que la mujer abandone el mercado de trabajo no procede del exterior sino del interior del hogar. Algunas mujeres cuentan que abandonaron el mercado de trabajo debido a presiones de la pareja. Las dificultades para conciliar la vida laboral con el cuidado de la familia, y el convencimiento de que éste es responsabilidad exclusiva de la mujer, llevan a muchas mujeres a aceptar como algo natural la exigencia de la pareja. Algo que normalmente se asume como un sacrificio que la mujer debe hacer en aras del bienestar de la descendencia.

El hecho de que sea la mujer y no el varón quien renuncie a su empleo para atender las necesidades de las hijas e hijos es algo que rara vez se cuestiona. La peor posición que la mujer tiene dentro del mercado laboral es uno de los principales argumentos que se ofrecen para justificarlo. La posición de la mujer dentro del mercado de trabajo es todavía mucho más frágil que la del varón. El porcentaje de mujeres desempleadas supera con creces al de hombres en la misma situación, algo que se observa en todos los grupos de edad. Además, las mujeres se ven más afectadas por el subempleo y por la precariedad laboral y tienen menores oportunidades de promoción. A todo esto hay que añadir la persistencia de una fuerte discriminación salarial asociada al género, que hace que las mujeres españolas perciban el 72.7% del salario medio de los varones. La diferente posición de hombres y mujeres dentro del mercado laboral tiene su reflejo en las relaciones que se establecen dentro de la familia y en las pautas de distribución del trabajo no remunerado. Si alguien tiene que abandonar el mercado de trabajo para dedicarse a cubrir las demandas de cuidados generadas por los niños y niñas y las personas ancianas, lo lógico es que lo haga la mujer por ser el miembro de la pareja que pierde menos.

Pero lo que parece ser una decisión basada en factores puramente económicos, es en realidad una decisión ideológica, basada en la persistencia de un sistema de valores que refuerza la permanencia de las mujeres en el ámbito doméstico mientras las hijas y los hijos son pequeños. A pesar de los cambios que se han producido en la imagen social de la mujer, hay ciertos estereotipos sobre el papel de hombres y mujeres en la sociedad que están todavía muy extendidos entre la población.

El aumento del nivel educativo de las mujeres y su progresiva incorporación al mercado de trabajo han ido dando lugar a cambios importantes en la definición social de los roles de género. El modelo tradicional de diferenciación de roles, que asignaba al hombre la responsabilidad del sustento económico de la familia y a la mujer el trabajo doméstico y del cuidado de las hijas e hijos tan sólo es aceptado hoy por una minoría de la población. Este modelo ha sido sustituido, en las preferencias de la población, por un nuevo modelo de familia en el que tanto el hombre como la mujer trabajan fuera de casa y reparten las tareas del hogar y el cuidado de los hijos e hijas. Pero estos cambios han sido más visibles en el plano verbal que en el plano comportamental. La actitud favorable que los varones, en general, muestran hacia el reparto del trabajo doméstico no se corresponde con su participación real en este tipo de tareas.

Aunque la proporción de varones que participan en el trabajo doméstico es ahora mayor que hace unos años, y aunque también ha aumentado el tiempo que los hombres dedican a este tipo de actividades, todavía se está muy lejos de haber conseguido una distribución equitativa de la carga de trabajo entre hombres y mujeres. La participación de los varones en las tareas domésticas sigue teniendo un carácter voluntario y está muy restringida a determinado tipo de tareas. El mayor grado de participación masculina se observa en las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos e hijas, especialmente en la vigilancia, los juegos dentro del hogar y el apoyo en la realización de las tareas escolares. El hecho de que la participación de los hombres en el trabajo doméstico no haya aumentado al mismo ritmo que lo ha hecho la participación de las mujeres en el trabajo remunerado ha dado lugar a una distribución muy desigual de la carga global de trabajo entre ambos géneros. Si se tienen en cuenta ambas formas de trabajo, el remunerado y el no remunerado, el tiempo medio dedicado por las mujeres a trabajar duplica al que le dedican los hombres.

En las páginas precedentes se ha analizado el papel de algunos factores que podrían estar contribuyendo a mantener la desigualdad de hombres y mujeres frente al trabajo no remunerado. Entre los factores analizados, destacan la edad, la posición de la familia en el ciclo familiar, la posición de la mujer dentro del mercado de trabajo, la interferencia entre el rol laboral y el rol familiar, la persistencia de determinados estereotipos de género y la educación recibida en el seno de la familia.

La situación laboral de la mujer y, más específicamente, el estatus ocupacional alcanzado por ésta, es uno de los factores que más inciden en la participación del varón en el trabajo doméstico. Por regla general, la implicación masculina en las actividades no remuneradas es mayor en los hogares en los que la mujer tiene un empleo extradoméstico, aunque la relación entre ambas variables es bastante compleja. El aumento de la participación de los hombres sólo es significativo en los casos en los que la mujer tiene, o espera tener, una posición muy sólida dentro del mercado laboral, circunstancia en la que, desafortunadamente, no se encuentra la mayoría de las mujeres. Son las mujeres con un nivel de estudios alto y las que han decidido desarrollar una carrera profesional, las que se encuentran con más recursos para exigir una mayor participación de la pare-



---

ja en el trabajo no remunerado. La menor disponibilidad de tiempo de la mujer da lugar a una mayor participación del varón en el hogar, algo que se ve facilitado, además, por el hecho de que al trabajo de la mujer suele atribuírsele el mismo grado de importancia que al del varón y porque la familia cuenta con recursos para delegar las tareas más cotidianas del trabajo no remunerado en el servicio doméstico. Sin embargo, no es esta la situación de la mayoría de las mujeres que trabajan.

En la mayor parte de los casos, la mujer suele tener un estatus ocupacional inferior al de la pareja y los recursos económicos de la familia no permiten delegar el trabajo del hogar en el servicio doméstico. En estas situaciones, la relación entre la situación laboral de la mujer y la participación del varón en las tareas domésticas podría operar en sentido contrario. Es la actitud de la unidad familiar ante el reparto del trabajo no remunerado y ante al trabajo extradoméstico de la mujer, lo que determina la participación de ésta en el mercado laboral. Esta relación está, además, mediada por el momento del ciclo familiar en el que se encuentra el hogar. Antes del nacimiento de los hijos e hijas, lo más frecuente es que las mujeres que tienen un empleo remunerado continúen trabajando, incluso en aquellos casos en los que deben asumir, casi en exclusiva, la realización del trabajo no remunerado. Con la llegada de las hijas e hijos, sin embargo, se vuelve más difícil compaginar el desempeño de una actividad laboral con las responsabilidades que deben asumirse en el ámbito privado, por lo que la familia tiene que adoptar nuevas estrategias para hacer frente a este aumento de la carga de trabajo. El reparto equitativo del trabajo no remunerado entre ambos miembros de la pareja no es la estrategia más frecuente en los hogares en los que la mujer trabaja fuera de casa. En los casos en los que los recursos económicos de la familia no permiten delegar el trabajo no remunerado y el cuidado de los hijos e hijas en el servicio doméstico, la principal solución suele ser recurrir a alguna mujer de la familia. Si tampoco esta alternativa está disponible, lo más frecuente es que la mujer renuncie a su trabajo, al menos temporalmente, hasta que los hijos e hijas tienen edad para ir a la escuela.

Los argumentos que suelen utilizarse para justificar la renuncia de la mujer al trabajo extradoméstico suelen estar basados en factores objetivos, como la precariedad laboral de la mujer o la insuficiencia del salario de ésta para delegar el trabajo no remunerado en el servicio doméstico. Pero lo que puede parecer, en un principio, una decisión basada en factores puramente económicos, tiene en realidad una fuerte carga ideológica. El hecho de que sea el salario de la mujer el que se utiliza como criterio para determinar si compensa delegar el trabajo no remunerado en el servicio doméstico supone asumir que es la mujer quien debe responsabilizarse de este tipo de tareas. En realidad, y pese a los cambios que se han producido en la definición social de los roles de género, es indudable la persistencia de ciertos estereotipos que están contribuyendo a mantener la desigualdad de hombres y mujeres ante el reparto del trabajo. Para que exista una distribución equitativa del trabajo doméstico no basta con que la mujer tenga un empleo extradoméstico, sino que éste tiene que ser percibido dentro de la familia en un plano de igualdad con el del varón. Algo poco frecuente aún en la mayoría de las sociedades occidentales, y muy especialmente en la española, en donde el carácter voluntario que se atribuye al trabajo extradoméstico de la mujer con-

---

vierte en obligatoria su dedicación al trabajo no remunerado. Todo lo contrario de lo que ocurre en el caso del hombre. Esta forma de definir el trabajo de hombres y mujeres se ve reforzada por la persistencia de determinados estereotipos de género que son compartidos aún por amplios sectores de la población. Es de destacar en este sentido la creencia, todavía muy generalizada, de que las características psicológicas de la mujer hacen que ésta esté especialmente capacitada para el cuidado de la descendencia. Estos estereotipos sobre los rasgos psicológicos femeninos hacen que la actitud favorable hacia el trabajo extradoméstico de la mujer se encuentre condicionada por el hecho de que no haya hijas o hijos pequeños en el hogar. Como hemos visto, esta es una opinión todavía muy frecuente entre la población española.

El papel de la educación recibida en el seno de la familia es determinante, tanto para modificar estas creencias estereotipadas sobre el papel de hombres y mujeres en la sociedad, como para crear, tanto en las mujeres como en los hombres, el hábito de participar en el trabajo no remunerado. De ahí que el papel de la propia mujer sea fundamental a la hora de lograr un reparto más equitativo de la carga de trabajo no remunerado entre hombres y mujeres. No obstante, no es la familia la única institución en la que debe recaer la responsabilidad de eliminar los obstáculos que todavía impiden un reparto más equitativo de la carga de trabajo. La labor educativa de las familias debería verse apoyada por la adopción de medidas políticas y económicas encaminadas a lograr una mayor conciliación entre la vida laboral y la vida familiar. Pero a la hora de diseñar y poner en práctica este tipo de medidas debería tenerse en cuenta que son los hombres quienes necesitan más incentivos para desempeñar un papel más activo en el ámbito privado.

---

**ANTONIO GUIJARRO MORALES**

**Facultad de Medicina.  
Universidad de Granada**

*El síndrome  
de la abuela  
esclava*



---

El Síndrome de la Abuela Esclava es un problema sanitario y social muy frecuente y grave en mujeres adultas, potencialmente mortal, a veces por suicidio. En los siguientes párrafos se resumen el perfil y proceso de génesis de una "abuela esclava", así como el papel que todas y todos los ciudadanos podemos desempeñar para su erradicación.

1 .

## *El origen*

En origen una "abuela esclava" es una mujer adulta con responsabilidades directas de ama de casa, voluntariamente asumidas con agrado, que, por razones educacionales y psicológicas, tiene un extraordinario sentido del orden, la responsabilidad, la dignidad y el pudor.

Con tan magníficas virtudes es natural que, durante muchos años, estas mujeres han sido extraordinarias hijas, amas de casa, madres y esposas.

Se hicieron abuelas sin darse cuenta, estando en la flor de la vida, fuertes, sanas, incluso bellas. Con agrado asumen la crianza y cuidado de los nietos y nietas, como si volvieran a ser madres por segunda vez, pero con un carácter aún más placentero, gratificante y cariñoso.

2 .

## *El tiempo*

Pasan los años sin darse nadie cuenta. Las cargas y el estrés familiares se multiplican: Más yernos y nueras, a veces dupli o triplicados por divorcios, separaciones y todo tipo de emparejamientos. Los nietos y nietas crecen, así como sus necesidades y las responsabilidades de quien los tutela en la práctica diaria.

Los nietos y nietas y sus padres y madres con frecuencia traen a familiares y amistades para que gocen de la hospitalidad de la envidiable abuela.

Para colmo un hermano o hermana que enferma o se separa y hay que echarle una mano, y a veces unos padres y madres o tías y tíos queridos que aún viven, y que, aunque los nietos o nietas ya se encargaron de ingresarlos en una residencia, la hija o sobrina (la abuela esclava) todavía debe de visitarlos al menos de vez en cuando.

La capacidad física y emocional de la abuela también se resiente al paso de las hojas del almanaque. A veces una enfermedad asociada merma aún más sus fuerzas.

3 .

## *El desequilibrio*

Llega un momento en que las capacidades y la voluntad de la abuela no son suficientes para cumplir con las tareas que desde hace años está desempeñando. Pero no renuncia a ellas. Se produce un desequilibrio.

Si no se pone oportuno remedio se genera una nueva abuela esclava. Una más, entre millares.

4.

## *Inexpresividad y ceguera*

Ni la abuela ni sus hijos e hijas se dan cuenta, con suficiente clarividencia, de lo que está ocurriendo.

Solo creen, o quieren creer, que la ligera hipertensión o la trivial diabetes o la ansiedad que se le ha metido a la abuela son la causa de que ésta, en los últimos meses, haya perdido la alegría de vivir, se sienta mal y empiece con achaques: pinchazos por el pecho, malestar indefinido, dolores, flojeras, mareos, etc.

La abuela acude reiteradamente a profesionales de la medicina y servicios de urgencia, contando sus achaques, pero sin desvelar claramente el tipo de estrés a que está sometida.

Si tiene enfermedades orgánicas no responden adecuadamente a los tratamientos convencionales. Si no tiene enfermedades orgánicas, los ansiolíticos, vitaminas, psicoterapias, quiromancias y esoterismos no solo no la mejoran sino que en general la agravan.

Los ingresos de varios días en el Hospital, las estancias en hoteles con grupos de personas jubiladas afines, o la permanencia como huésped (de descanso) en casas de familiares le mejoran extraordinariamente.

Los síntomas reaparecen al reasumir las tareas habituales.

Razones educacionales y psicológicas le impiden pedir auxilio con suficiente expresividad.

Está frustrada porque sus hijas e hijos están ciegos ante la situación, y no la entienden ni siquiera cuando ella, tímidamente, intenta expresarse.

Teme especialmente a la Ley del Todo a la Nada. Sus hijos e hijas pueden reaccionar exageradamente diciéndole: "No te preocupes, si estás malita no te traeremos a los nietos, para que no te molesten". La interrupción drástica, brutal, del contacto gratificante con los nietos y nietas, para este tipo de abuela, es peor que morir.

5.

## *La sinrazón*

Se auto inculpa: Ya no sirve para nada, y cada día será peor.

Tras la incompreensión de sus seres más queridos, a quienes ama en forma indescriptible, empieza a vislumbrar celos, reproches, a veces sorna y desamor.

¿Quizás mañana el desprecio? En ese punto le asalta un pensamiento fijo autodestructivo.

La pobre loca de amor familiar llega a creer que la única manera de descansar definitivamente será dejando este ingrato mundo.

En su desvarío está segura de que la familia será más feliz si se libera de esa carga inútil en que ella cree haberse convertido.

6.

## *¡Una luz, Dios, una luz!*

Ojalá alguna o alguno de los miembros de la unidad familiar se dé cuenta a tiempo de la naturaleza del proceso y acierte a convencer al resto de parientes para redistribuirse equitativamente las cargas excesivas de la abuela.

Entre todos y todas es fácil liberar a la abuela de las tareas que más le estresan: todas aquellas que precisan cumplimiento en un tiempo fijo o que comportan responsabilidades directas.

La abuela debe seguir en el centro de la unidad familiar, con el máximo contacto con los elementos más jóvenes. Ella será quizás la principal fuente de amor para los nietos y nietas, que les permitirá crecer emocionalmente saludables.

Pero la abuela jamás debe sentirse responsable de la seguridad de sus nietos y nietas. Prevenir e impedir los accidentes domésticos debe ser tarea asignada y asumida por otras personas más jóvenes.

7.

## *Y nosotros y nosotras ¿qué pintamos en este entorno?*

Siendo una enfermedad muy frecuente y grave, que puede provocar la muerte, incluso por suicidio, tiene la particularidad de que su completa curación generalmente está en manos de las y los familiares más queridos de la paciente.

Lástima que suelen estar ciegos y ciegas, cegatos y cegatas.

En algunos desgraciados casos no hay ninguna posibilidad factible familiar de descargar a la abuela de sus cadenas, o, si la liberación se produce, es sin el adecuado equilibrio y repartición de tareas, lo que da lugar a que, antes o después, se generará una nueva abuela esclava en aquella persona que hereda las cadenas de su antecesora.

Para resolver estos últimos supuestos la sociedad debe estar suficientemente concienciada e informada del problema, para encontrarse en condiciones de generar oportunamente una ayuda social familiar justa cuando el caso lo requiera.

Para conseguir este objetivo de difusión y concienciación, no solo de las familias implicadas, sino también de la sociedad en general y de los agentes sociales más activos en particular, es imprescindible la colaboración de todas y todos nosotros y de los medios de comunicación.

---

Tengamos en cuenta que si la abuela y sus familiares más íntimos ya estuviesen bajo alerta, con conciencia y en disposición de actuar, con toda seguridad ya habrían solucionado el problema que les incumbe. Desgraciadamente seguimos conociendo demasiados casos donde no ocurre así.

En sociedad, armónicamente, unos y unas a otros y otras deberíamos abrirnos adecuadamente los ojos, con delicadeza pero sin paralizante pudor, y no sorprendernos de que todas y todos nosotros, nosotros, nosotros mismos, los humanos, con frecuencia vemos antes la mota depositada en el ojo ajeno que la viga introducida en el nuestro propio.

El más eficaz agente sanitario para acabar con esta plaga de nuestro siglo XXI pueden ser justamente usted, trabajadora o trabajador social o sanitario, o sencillamente amigo, amiga o familiar, generalmente algo lejano, de la esclava, que conoce bien el problema y lo puede enjuiciar más objetivamente que las y los propios miembros del núcleo familiar, cegados por la deslumbrante fortaleza de la que la abuela ha hecho gala durante tantísimos años.

Si usted conoce uno o más casos de abuela esclava por supuesto que debe dedicarle su atención profesional si ese fuera el caso, pero, por encima de eso, para mayor eficacia, usted, como yo hago ahora, lo debería comentar públicamente, con datos concretos, aunque sin identificar a las familias implicadas, mediante cartas abiertas a las personas responsables de la dirección, redacción o edición de los periódicos, radio y TV, así como participando personalmente o colaborando por teléfono en los debates o tertulias que se generen respecto al tema.

Vamos todos y todas a contar lo que sabemos. Sin ofender a nadie, ya que nadie en este tema es "culpable", pero sin quedar pasivos ni pasivas ante una injusticia social tan inexplicablemente "ignorada".

Hagamos lo que nuestra conciencia nos demande. Sin pudores esclavizantes ni temores infundados. Liberemos por fin, entre todos y todas, a las sufridas abuelas esclavas. Porque es justo y se lo merecen.

Actuemos por todas las abuelas esclavas, por todas ellas. Por las que hoy lo son, por las que en el futuro pueden llegar a serlo, e incluso, aunque solo sea como homenaje, por aquellas que lo fueron y dejaron de serlo, tanto por justa y oportuna liberación como por un final menos afortunado.

## *Bibliografía*

- A. Guijarro Morales. *El Síndrome de la Abuela Esclava* (Pandemia del Siglo XXI). *Investig Clin* 2001;4(4):407-410.
- A. Guijarro Morales. *El Síndrome de la Abuela Esclava*. Pandemia del Siglo XXI. Grupo Editorial Universitario. Granada, octubre 2001.



---

**SUSAN HIMMELWEIT**

**Profesora de Economía.  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Open University. Gran Bretaña**

*La economía  
de la atención*



1.

## *Introducción: Desigualdad de género en el campo de la atención*

Gran parte de la diferencia existente entre el compromiso que mujeres y hombres tienen en el desarrollo de la economía se puede explicar por el hecho de que las mujeres suelen realizar muchos más trabajos de atención remunerados y sin remunerar que los hombres. Esto es cierto tanto en el ámbito doméstico como laboral. Por ejemplo, no solo son mujeres la mayoría de las trabajadoras y trabajadores dedicados a la atención, y no solo son las mujeres mucho más susceptibles que los hombres de ofrecer apoyo emocional en el hogar, sino que en cualquier lugar de trabajo existe una mayor probabilidad de que se espere que las mujeres realicen la atención no remunerada de prestar apoyo emocional y de diversa índole a sus compañeros y clientes.

Estas desigualdades se producen a nivel macroeconómico y microeconómico. No solo las mujeres realizan en general más trabajos de atención, sino que es probable que dentro de unidades individuales se asigne a éstas una parte desigual de las responsabilidades de atención. En particular, muchas responsabilidades de atención surgen de la familia. Mujeres que viven en núcleos de familia en los que la otra persona adulta es un hombre y que, por tanto, comparten las responsabilidades de atención con otro adulto que con toda probabilidad va a dedicar menos tiempo a la atención que ellas. Lo que a su vez afecta a las oportunidades que hombres y mujeres tienen para dedicarse a otras actividades, especialmente en empleos remunerados y actividades que les proporcionen un estatus social. Lo cual puede hacer que la capacidad de negociación en el hogar se vea afectada, ya que al disponer de menos tiempo para dedicarse a obtener ingresos y desarrollar su estatus social es probable que las mujeres tengan una menor capacidad de negociación que su compañero varón si éste dedica menos tiempo a las responsabilidades de atención.

2.

## *Aspectos concretos de la atención como actividad económica*

La atención no solo quita tiempo, sino que presenta características específicas que la distinguen de otros tipos de actividad económica:

- La atención constituye un servicio que ha de prestarse en el mismo momento en que se consume.

- La necesidad de atención suele ser urgente; por tanto debe prestarse cuando y como sea necesario.
- La atención es un servicio personal; por lo que el producto de la atención no puede separarse de la persona que la presta.
- La atención supone un trabajo emocional, es decir, se supone que las emociones de la persona que lo realiza afectan a la calidad del producto. Se supone que las personas encargadas de dar atención "desean" hacerlo (y por supuesto no dar indicación alguna de que no). Así, la atención supone una preocupación (una motivación) y un cuidado (una actividad), por lo que en este sentido no constituye un trabajo alienado. Se trata de que sea "trabajo" no una simple "labor" (Radin 1996).
- La atención es algo más que una labor emocional transitoria, constituye el desarrollo de relaciones, así como la prestación de un servicio.
- Esto implica la importancia de la persona que realiza el trabajo de atención, las personas no pueden intercambiarse en dichas labores. Las personas aprenden a atender a otras en particular. Las habilidades implícitas en la atención son en gran parte, aunque no totalmente, específicas para un tipo de persona, desarrollándose este aprendizaje a través de la experiencia personal. (Como las mujeres realizan más actividades de atención que los hombres éstas parecen que tienen una mayor capacidad de desarrollar las habilidades que se aprenden a través del desarrollo de relaciones, pudiendo en la práctica haber adquirido dicha capacidad.)

Estas características son importantes para comprender diferencias de género, volviéndose cada vez más importantes al extenderse el mercado para hacer que cada vez más actividades y aspectos de la vida, incluida la atención, adquieran naturaleza de bienes y servicios.

3.

### *La interdependencia de las economías remuneradas y sin remunerar (de Himmelweit (2002))*

Pese a su carácter personal la economía depende de actividades de atención, teniendo lugar la atención en los tres sectores de la economía: público, privado y doméstico. Hombres y mujeres trabajan en los tres sectores, no obstante existe entre ambos una división laboral de género, así suele ser en gran parte el tiempo de la mujer el que se alarga para cubrir el trabajo de atención de-

sarrollado en economía no remunerada y el de los dos sectores de la economía remunerada. Las interdependencias que se establecen entre estos tres sectores están representadas en la Figura 1, la cual muestra los flujos de la contribución neta característica de cada sector al resto de la economía (1). La atención constituye una aportación fundamental a la socialización individual y a la producción y mantenimiento de las capacidades humanas. Gran parte de las actividades de atención se realizan dentro del sector doméstico (no remunerado), no obstante los servicios de atención también pueden ser prestados por empleadas y empleados remunerados de los sectores público y privado.

**FIGURA 1. La interdependencia de las economías remuneradas y sin remunerar**



(1) Para facilitar la exposición, todos los sectores han sido dibujados ubicándose completamente en una de las dos economías, la remunerada o la no remunerada. En la práctica, el trabajo remunerado puede desarrollarse dentro del sector doméstico, pudiendo desarrollarse cierto trabajo no remunerado tanto en el sector público como en el privado. Además, el análisis completo debe incluir el trabajo remunerado y sin remunerar que se lleva a cabo en el sector voluntario, el cual constituye un significativo proveedor de servicios de atención aparte de ser un neto contribuyente a la infraestructura social y económica. Unifem (200: 26, Tabla 1.1) ofrece un complejo diagrama titulado "Revisión de la economía desde el punto de vista de la mujer" en el que se incluye el sector de las ONG, el cual se extiende entre la economía remunerada y la no remunerada.

## *Movimientos entre sectores de la economía*

Al igual que la producción de otros bienes y servicios, las actividades de atención pueden, y de hecho lo hacen, trasladarse entre distintos sectores de la economía. El incremento de la productividad potencial a través de la industrialización ha conseguido trasladar muchos tipos de actividades desde el hogar al centro de trabajo, experimentándose cambios simultáneos en el equilibrio del tiempo que las personas dedican al trabajo remunerado y no remunerado.

No obstante, las características específicas de la atención implican ciertas diferencias en su potencial para efectuar dicho paso desde el trabajo doméstico no remunerado al desarrollo de un trabajo remunerado en los sectores público o privado:

- Como la atención es un servicio personal que precisa del desarrollo de una relación, es difícil hacer que aumente su productividad. Las actividades que lleva a cabo una persona encargada de dar atención no se pueden extender a un número cada vez mayor de personas sin que se diluya el elemento de creación de una relación personal.
- Lo que implica que las actividades de atención se han trasladado del hogar al centro de trabajo con menor rapidez que aquellas actividades para las que dicha transición podría producir mayores incrementos de productividad.
- No obstante, la atención se puede realizar, y suele ser éste el caso, de forma simultánea a la ejecución de otras tareas, así, por ejemplo, se pueden desarrollar tareas de atención mientras se cocina, se realizan servicios de cuidado de personas enfermas o se desarrollan labores agrícolas. Como consecuencia de ello, el traslado de otras actividades fuera del hogar va a reducir la productividad general de la atención doméstica.
- Por tanto, en las economías que presentan un mayor desarrollo, aquellas en las que una parte relativamente escasa de la producción permanece en el hogar, la atención supone un aspecto cada vez más significativo del trabajo doméstico. De hecho, la atención puede llegar a ocupar más tiempo cuando se desarrollan en casa otras actividades.

Sin embargo, las actividades de atención se realizan cada vez más fuera del hogar a través de la oferta privada, estatal o de organizaciones sin ánimo de lucro. No obstante, en el sector privado, si no se puede aumentar la productividad, la rentabilidad solo puede aumentar (o mantenerse para afrontar la competencia) intensificando el trabajo o empeorando las condiciones de trabajo y/o los sueldos de las trabajadoras y trabajadores dedicados a la atención. Al igual que en aquellos trabajos en los que la productividad no aumenta, suelen ser los grupos marginalizados o de "otro tipo" los que quedan para aceptar trabajos de atención. El hecho de que las mujeres tengan habilidades para las actividades de atención puede ser la consecuencia de su posición marginalizada, en lugar de ser la causa subyacente a su concentración en trabajos dedicados a labores de atención.

Siempre que acepta un trabajo una persona que con anterioridad no ha tenido empleo, el resultado se traduce en un movimiento de cierta cantidad del tiempo de dicha persona desde el sector

---

doméstico a la economía remunerada. No obstante, pese a que la cantidad de tiempo que se consigue para la economía remunerada se suele especificar en el contrato de trabajo, la cantidad de tiempo del sector no remunerado que se pierde depende de lo que dicha persona hiciese antes. El beneficio neto financiero del empleo para las mujeres, o para alguien que tenga responsabilidades de atención que sea mujer, es probable que sea menor que su salario, ya que tiene que gastar parte de lo que gana en pagar para que le sustituyan en labores de atención. Para aquellas personas que de alguna otra forma estén dedicadas a realizar trabajos de atención no remunerados, el nivel del salario va a ser fundamental en la toma de una decisión relativa al número de horas de trabajo o incluso a la aceptación de éste, ya que la pérdida de su trabajo de atención de la economía no remunerada constituye un coste real que ha de pagarse (2).

La alternativa es que si se proporciona menos atención, entonces la calidad de la socialización individual y la producción y mantenimiento de las capacidades humanas en la economía pueden verse afectadas. Como las mujeres realizan muchas más actividades de atención que los hombres, dichos efectos son mucho más probables que se produzcan a partir del desempleo femenino. Para que no sea éste el caso, dicha atención debe prestarse de otras formas.

5.

## *La distribución de la atención y las necesidades de ésta*

Pese a que gran número de personas prestan servicios de atención de sí mismas, existen muchas necesidades de atención para las cuales no es esto posible. De hecho, lo que se suele entender por "atención" son servicios que las personas no pueden prestar por sí mismas. Luego, por definición las necesidades de atención que tienen las personas y la capacidad que tienen éstas de prestarla tienden a no corresponderse. De hecho aquellas personas que necesitan recibir atención son las que menos capacidades tienen para prestarla tanto a las demás como a sí mismas. Lo que implica lo siguiente:

---

(2) Esto explica el conocido resultado de que el promedio de la elasticidad salarial del trabajo femenino suele ser mayor que el masculino. La situación es más complicada en la práctica, ya que las mujeres con parejas suelen tener menos probabilidad que los hombres para tener derecho al acceso a prestaciones sociales cuando se quedan sin empleo. Dichos efectos de género actúan en direcciones opuestas en el caso de los salarios de reserva (el mínimo salarial al cual aceptarían hombres y mujeres un empleo). Por un lado, muchas mujeres tienen que cubrir los costes de atención, por otro lado para muchas mujeres (de hecho, muchas de las mismas) las prestaciones sociales no ofrecen ningún mínimo.

- La necesidad de atención se distribuye de forma inversa a la capacidad de pagarla; de hecho un gran número de personas que necesitan atención, como por ejemplo las niñas y niños muy pequeños, no disfrutan de ningún tipo de recursos propios. Así, la atención ha de ser prestada o pagada por otras personas. Aquellas personas que tienen responsabilidades de atención (sobre todo en la familia) no suelen ganar suficiente para pagar a personas que les sustituyan en sus labores de atención, lo cual por el escaso aumento de la productividad sigue siendo caro.
- Se produce una cierta redistribución de la atención en hogares en los que se redistribuyen (de forma desigual) las labores de atención entre las y los miembros de éstos. No obstante, esto no es suficiente para satisfacer las necesidades de atención ya que entre distintos hogares la necesidad de atención y la capacidad para prestarla y/o pagarla también tiende a estar distribuida de forma desigual. En tal caso, la única solución reside en alguna modalidad de prestación o subsidio colectivo o estatal.
- No obstante, los costes de dicha prestación aumentarán de forma desproporcionada mientras aumenta la productividad en otros sectores, haciendo que se ganen salarios reales. Si los salarios de los trabajadores y trabajadoras de los sectores dedicados a la atención no tienen que ser menores que los de los trabajadores y trabajadoras en general, entonces debe subir la proporción del gasto de la renta nacional dedicado a servicios de atención. Esto se conoce como la "enfermedad de costes de Baumol", de aplicación a otros servicios, aunque es en los servicios de atención en donde se ve con mayor claridad ya que en éstos el aumento de productividad supone un problema inherente. Para poder mantener el mismo nivel de servicios debe gastarse en éstos una parte mayor del PIB al aumentar la productividad global. No obstante, esta es una situación aceptable, ya que así sigue quedando una mayor cantidad absoluta que se puede dedicar a otros gastos (debida al aumento global de la productividad).
- Por tanto al aumentar los niveles de productividad, el nivel general de vida sube incrementándose, no obstante, el coste proporcionado de la atención (Donath 2000). Esto está bastante lejos de considerarse un cambio en la proporción correspondiente a las personas que necesitan atención.

Algunas de estas necesidades de atención pueden ser satisfechas por el capital privado, en el que las personas disponen de los recursos para pagar dicha atención. No obstante, por las razones aportadas anteriormente, los hogares e individuos tienen pocas probabilidades por sí mismos de satisfacer de forma adecuada las necesidades generales de atención. No obstante, la idea de que el estado pague estos costes cada vez mayores entra en conflicto con el objetivo declarado por varias administraciones y por la mayoría de las agencias internacionales de reducir la proporción del gasto de renta nacional que dedican las administraciones.

Así, podemos observar que las administraciones y las agencias internacionales hacen cada vez mayor hincapié en la responsabilidad individual (que normalmente quiere decir doméstica) de llevar a cabo actividades de atención. Lo que tiende a aumentar las desigualdades con hogares y en-



---

tre éstos ya que las necesidades de atención y las obligaciones para satisfacerlas se encuentran distribuidas de forma desigual.

Esto implica que en una economía en la cual la productividad general aumenta, si no se demuestra que la voluntad política sea aumentar el gasto administrativo en atención algo más que en proporción al PIB, la calidad de la socialización individual así como la producción y mantenimiento de capacidades en la economía se verán resentidas. Lo cual supondrá pagar un alto precio.

## *Referencias*

- Donath, S. (2000) "The Other Economy: A Suggestion for a distinctively Feminist Economics' *Feminist Economics* 6(1):115-123.
- Himmelweit S. (2002) 'Making Visible the Hidden Economy: the Case for Gender-impact Analysis of Economic Policy', *Feminist Economics* 8(1): 49-70.
- Radin M. (1996) *Contested Commodities*, Harvard University Press.
- United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) (Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer). 2000. Progress of the World's Women 2000. Nueva York: UNIFEM.

---

MARÍA JESÚS IZQUIERDO  
BENITO

Dpto. de Sociología.  
Universidad Autónoma  
de Barcelona

*Del sexismo  
y la  
mercantilización  
del cuidado a  
su socialización:  
hacia una  
política  
democrática  
del cuidado*



---

Cuando se adopta la perspectiva del cuidado y la cura o se aborda la cuestión desde su lado negativo, atendiendo a las situaciones de maltrato y daño, podemos constatar un número de hechos recurrentes. Se contempla el daño o la necesidad de cuidado como un hecho individual. Por otro lado, se tiende a adoptar una perspectiva física, los daños materiales, las agresiones físicas son los que suelen producir mayor consternación. En todo caso se supone una situación de dependencia en dirección fija. El cuidador o cuidadora que solo cuida, la persona dependiente, que solo recibe cuidados. No se concibe que todos y todas en toda relación somos a la vez personas cuidadoras y objeto de cuidados, curadores y curadoras y objeto de cura. Por otra parte, el concepto de "ciudadano" se construye al margen del cuidado, o si se prefiere, se concibe como ciudadano un individuo que asume tareas de provisión, protección y cura, el cual dispone de una infraestructura de apoyo para el cuidado de las personas dependientes y de sí mismo.

En este trabajo abordamos la socialización del cuidado considerando sus dos aspectos. En primer lugar tendremos en cuenta el modo en que se constituyen nuestras subjetividades, y la medida en que los procesos de socialización favorecen o dificultan el cuidado. Veremos que la división sexual del trabajo es un modo de producción y también un modo de socialización, de subjetivación que sigue pautas de género. La división sexual del trabajo construye la subjetividad femenina orientada al cuidado, a la conexión con las demás personas, a la disposición a satisfacer las necesidades ajenas. Esa disposición comporta que el otro, además de ser objeto de preocupación, sea instrumento de realización y de confirmación de la valía de la mujer. La organización sexista del trabajo construye también la subjetividad masculina que complementa la femenina. Hace al hombre y lo hace dispuesto a realizar sus objetivos, a eliminar obstáculos para conseguirlo, a movilizarse en la defensa de las personas más débiles. En suma, construye una subjetividad movilizadora hacia la provisión y la protección, comprometida con la cura y no con el cuidado, que favorece el desarrollo de concepciones universalistas, separadas del contexto, orientadas a la resolución de los problemas y no a la valoración del impacto de los problemas o las dificultades en las vidas de la gente concreta.

No pretendemos que se trate de subjetividades mutuamente excluyentes, una misma persona participa de rasgos propios de la femineidad y de la masculinidad. Ahora bien, si podemos hablar de sexismo es porque tendencialmente, en las mujeres predomina un cierto tipo de rasgos y se espera de ellas que los tengan, mientras que en los hombres son otros los rasgos que prevalecen y se espera de ellos que les caractericen.

Una vez considerado el proceso de socialización de las cuidadoras y los provisoros, nos centraremos en sus tensiones actuales, atendiendo al hecho de que las mujeres reclaman para sí el estatus de ciudadanas y esa actitud origina dificultades nuevas y exige soluciones nuevas a la cuestión del cuidado. Las dificultades aumentan si a ese problema añadimos las actuales tendencias demográficas, que configuran un panorama nuevo por lo que respecta a las características de la dependencia.

Una cara de la socialización son los procesos de constitución de la subjetividad, la otra cara son los procesos de cooperación en la actividad básica de hacer que nuestras vidas sean viables, de

---

aportar soluciones comunes a lo que no son sino problemas comunes. Considerar la socialización de las tareas de cuidado pone sobre la mesa la tensión entre dos concepciones del Estado: un Estado mínimo, que se limitaría a las tareas de protección y defensa, cuando se halla amenazada la integridad del territorio o la vida de sus habitantes, de modo que cada ciudadano persiga individualmente su propio plan de vida, o un Estado perfeccionista, que incorpora la definición de lo que debe considerarse una buena vida, y por tanto determina cuáles son las necesidades de la población y cuáles las mejores soluciones.

Desde la perspectiva del Estado mínimo, se confía al mercado la asignación de los recursos y la determinación de los bienes y servicios a producir, desde la perspectiva de un Estado perfeccionista, no se considera válida la relación entre oferta y demanda para determinar qué necesidades o deseos deben hallar medios de satisfacción, sino que se define qué es necesario y qué deseable, y se ponen medios para facilitar la satisfacción de tales necesidades o deseos. Del lado del Estado mínimo a lo sumo se ponen en práctica medidas de redistribución de la renta, para que cada cual administre su dinero del modo que prefiera. Desde la perspectiva del Estado perfeccionista, no queda en manos de decisiones individuales cuál es el tipo de bienes o servicios que deben ponerse al alcance de la población, dado que se facilitan directamente. La primera concepción del Estado, en situaciones de desigualdad social puede llevar al abandono de las personas más débiles, la segunda al autoritarismo rayano en el totalitarismo, no dejando resquicio a la autodeterminación y la intimidad.

En el debate actual se plantean las cuestiones del cuidado en términos de un *mix* de opciones: mercado, Estado, familia y comunidad. Las cuestiones relativas a la autonomía, la política y participación democrática forman parte del núcleo del problema y de su solución.

1 .

## *La producción social de los individuos*

Hace una porción de años Max Horkheimer, miembro de la escuela de Francfort, afirmaba algo en apariencia contradictorio consigo mismo. Decía que el individualismo es la expresión de la socialización en el más alto grado. La persona concebida como individuo es el resultado de un proceso histórico en que los mecanismos de socialización han alcanzado los niveles más sofisticados que se pudieran imaginar. Dicho en otras palabras, la idea de que somos personas autónomas, que podemos construir un plan de vida propio, que no estamos ni tenemos por qué estar sometidos a los imperativos sociales, que la aspiración máxima es que no se produzcan interferencias en nuestras vidas, que nada ni nadie las organice, controle, dirija, es un producto relativamente reciente, circunscrito a una parte relativamente reducida de la población mundial. Generalizar esa concepción ha requerido un gran esfuerzo socializador, dado que desde nuestras primeras experiencias nos topamos con la evidencia de la mutua dependencia, de que no somos separables de

---

las demás personas porque nuestra vida no es viable sin ellas, necesitamos de su existencia incluso para sentirnos solos o solas.

La construcción imaginaria de las bases del orden democrático está íntimamente vinculada a esa concepción de la persona. Se narra la historia de la sociedad democrática con arreglo a un mito, los individuos en un acto constituyente, se dotan de unas reglas de juego que les permitan resolver los problemas derivados de la coexistencia en un mismo territorio. Pero esta concepción de la persona no es sostenible por sí sola, ya que no soporta la prueba de realidad. ¿Cómo mantener viva la idea fantástica de que “el ciudadano” es un ser autónomo, autosuficiente, libre de ataduras? Compensando el individualismo con la reconstrucción del comunitarismo a escala microsocia, concentrando en la familia el sentimiento de pertenencia, de participar de una suerte común, el sentimiento de estar vinculados y por tanto mutuamente responsables. Y ese vínculo, a diferencia de las relaciones sociales tal como se conciben siguiendo una concepción individualista del ser humano, excede la voluntad y la libertad. La responsabilidad para con las y los miembros de la familia es un acto de obediencia que se fundamenta en el sentimiento de solidaridad, entendida ésta como participar de una suerte común. Se requiere todo un aparato de ingeniería social para construir la moderna familia (1) así como la concepción actual de la obligación familiar. También se requiere para construir la noción de individuo y de libertad individual. Se concibe la sociedad como un agregado de individuos libres e iguales, y a la vez se atribuye a la familia una consistencia orgánica, donde las funciones no son cuestión de opción libre, sino responsabilidad moral, y por si acaso también obligación legal. Proveer para que las y los miembros de la familia puedan satisfacer sus necesidades, defenderles de cualquier amenaza y protegerles, o bien cuidar de las personas que no pueden ocuparse de sí mismas, sea porque no tienen la capacidad física o psíquica para hacerlo o porque sus ocupaciones no dejan tiempo para cuidar de sí, es una obligación moral que se contrae. Y la base sobre la que se sustenta esa responsabilidad es reconocer que la vida nos ha sido dada, que no somos nadie sin las demás personas (2).

Por libres, poderosos, autosuficientes que sean esos individuos/ciudadanos, la realidad se impone, tardamos en crecer, a lo largo de nuestras vidas padecemos enfermedades más o menos graves que demandan atenciones, si tenemos suerte llegamos a viejos o viejas, y lo hacemos cada vez con más edad. Por añadidura, algunos nacemos con limitaciones severas o nos sobrevienen en algún momento de la vida, necesitando cuidados constantes. De hecho, siempre necesitamos de las demás personas en algún grado. Sostener la idea contraria a toda evidencia de que somos independientes y autosuficientes, es un modo de negar que no podemos prescindir del resto. No

---

(1) Para una genealogía de la familia moderna es imprescindible el libro Donzelot, *La policía de las familias*. Valencia, Pre-textos (1979).

(2) Sevenhuijsen (1998) señala la tensión entre el ideario de libertad e igualdad que se asocia a una posición social democrata y con el que se identifican muchas feministas, y la ética del cuidado, que apela a la responsabilidad y la solidaridad que también suscriben las feministas, y se suele asociar con posiciones demócratas cristianas.

---

aceptar las deudas que se contraen a lo largo de nuestra vida, recibir sin reconocer que se ha recibido y por tanto no verse requerido a establecer vínculos de reciprocidad, permaneciendo sordos a los requerimientos de ayuda que nos puedan hacer, fantaseando que somos nuestra propia obra, son rasgos que corresponde a un imaginario de autosuficiencia que no soporta las pruebas de realidad que hay en cualquier biografía. La idea del *selfmade man*, de ese hombre que no le debe nada a nadie puesto que se ha hecho a sí mismo es una fantasía omnipotente que forma parte de la mitología de las democracias modernas. El hambre de libertad, el ansia de independencia, la aspiración a la autosuficiencia, son móviles que nos hacen crecer porque constituyen estímulos sumamente atractivos, pero nunca se llegan a realizar. Al mismo tiempo, el hecho de que pretendamos que somos libres, independientes y autosuficientes, como si se tratara de metas que ya hemos alcanzado, o atributos personales ya realizados, es un indicio de un modo peculiar de socialización que lleva a las personas a no ser capaces de reconocer el peso de las circunstancias y de la historia, a censurar una parte de su biografía. Se dibujan como seres autosuficientes, cuando las demás personas requieren sus atenciones se sienten abusados, y que cuando reciben cuidados y atenciones se sienten invadidos o coaccionados.

Esa tensión entre la independencia y la dependencia se soporta concibiendo una ciudadanía hecha a base de exclusiones, todas ellas relacionadas con distintas dimensiones del cuidado. Porque el estatuto de ciudadano no tiene carácter universal, sino que es una posición con ciertos rasgos específicos. La actual concepción de la ciudadanía, si nos referimos al lugar en el que se dibuja, la Constitución de 1978, supone un trabajador autosuficiente y más, ya que es capaz de cubrir con su trabajo remunerado, no solo sus necesidades sino también las de su familia (art.35) y un guerrero dispuesto a defender España (art.30) y a proteger de riegos, catástrofes o calamidades (art.30). La familia, las madres, los hijos (art.39) y los ciudadanos durante la tercera edad (art.50), requieren protección o atenciones. Los implícitos constitucionales son: un hombre provisor y protector, y una mujer cuidadora y nutriz, objeto de protección. El cuidado se fundamenta en la división sexual del trabajo, y su existencia es la condición que sustenta al ciudadano concebido como individuo.

Ese modelo de ciudadanía, es impensable si no lleva el añadido de la familia fusional. El individuo autónomo, productivo, requiere de una infraestructura doméstica que facilita la ficción pública de que es independiente y autosuficiente. La moderna concepción de ser humano es insostenible sin la división sexual del trabajo y el acceso al estatuto de ciudadano no puede realizarse sin practicar exclusiones, la de las mujeres (3) es la más palmaria.

El pacto constitucional, mito con el que se legitiman las democracias modernas, supone un punto cero en que los ciudadanos se dotan de un marco para establecer sus relaciones, repartir respon-

---

(3) Hay que añadir que la exclusión más abierta es la de la población inmigrante procedente de los países del tercer mundo, una buena parte de la cual, cuando llega a encontrar empleo lo hace en muy buen número en el sector de servicios.

---

sabilidades, enunciar derechos y libertades. Ese pacto es excluyente. Tal como lo señala Carole Pateman, siguiendo el planteamiento de Freud, se trata de un pacto entre hombres, uno de cuyos aspectos importantes es regular el acceso a las mujeres, y legitimar la propiedad sobre ellas. El problema surge cuando las mujeres pretenden ser ciudadanas-individuo. A partir de ese momento se rompen las bases del pacto constitucional: la relación de complementariedad por la que el hombre se funda como ciudadano activo, provisor y defensor y la mujer como cuidadora y nutriz. El ciudadano-individuo-hombre, lo es a expensas de disponer de una infraestructura logística y de cuidado, responsabilidad que se asigna al complemento del ciudadano, la mujer. Si la mujer no se ajusta a ese papel, la concepción de la ciudadanía como hecho individual deviene problemática. La mujer exige hoy que se defina el trabajo no ya como el derecho de esos ciudadanos provisoros de una familia, sino como un verdadero derecho individual, a la par, denuncia la sistemática externalización a su persona de los costes directos de la producción de la vida humana. Esta actitud de las mujeres afecta al funcionamiento de la sociedad y a la definición del estatuto de ciudadano en lo más profundo. Nos enfrentamos a un problema de socialización del cuidado en un doble sentido. En una primera aproximación nos referimos por socialización a la construcción de un orden de relaciones, de significados, de deseos, de aspiraciones. En una segunda, nos referimos al hecho de que el cuidado de las personas dependientes, o el cuidado cuando las personas están en situación de dependencia sea un compromiso colectivo, responsabilidad en la que participa solidariamente todo miembro de la sociedad.

2.

*Cuidar y causar daño,  
curar y maltratar: elementos  
para una crítica de la  
división sexual del trabajo*

La expresión socialización del cuidado es polisémica, por el momento lo entenderemos como el proceso de construcción de la subjetividad de un modo afín a cierto sistema de relaciones sociales preexistente, con el fin de garantizar su continuidad. En el proceso de socialización se forman los deseos, y paralelamente se construye el principio de realidad, que pone límites a su realización. La socialización ocurre fundamentalmente por dos caminos, la identificación con las personas significativas de nuestro entorno especialmente nuestros padres y madres: queremos ser y hacer lo que son y hacen. También nos socializa la práctica misma de vivir, particularmente las actividades que realizamos en la producción de nuestra existencia. En ese sentido, el trabajo sea remunerado o no lo sea, es un factor de socialización de primer orden. El amor por los motores se adquiere arreglándolos. La importancia del orden se reconoce ordenando. Se aprende a no pisar el suelo



---

recién fregado, fregando suelos. Uno se hace guerrero yendo al combate y madre cuando tiene una criatura entre los brazos de la que ocuparse.

La división sexual del trabajo es una característica de la organización de las actividades productivas, y es también un mecanismo básico de socialización. En condiciones sexistas la elección de objeto de identificación está orientada hacia el progenitor o progenitora del mismo sexo y las actividades que se realizan están marcadas por el género, dado que se toma el sexo como un punto de referencia básico. Considerar qué caracteriza la división sexual del trabajo en el momento en que entra en tensión el modelo de ciudadanía es doblemente importante, porque está en juego el funcionamiento de la sociedad en los aspectos más esenciales, los relativos a la producción, y por el impacto socializador que tienen esas actividades.

Es bien sabido que las amas de casa realizan actividades fuera del circuito mercantil mientras que los ganadores de pan las realizan fuera del circuito doméstico. Teniendo en cuenta que las actividades designadas como femeninas van encaminadas a la satisfacción directa de las necesidades humanas, los bienes o servicios que producen tienen un valor que se manifiesta en el uso y se mide por la satisfacción que proporcionan. En cuanto a las actividades designadas como masculinas, y en la medida en que el trabajador no produce los bienes o servicios para usarlos directamente él o las personas de su entorno el valor de lo producido se realiza cuando el producto de un trabajador se intercambia por el de otro trabajador, y la unidad de medida es el dinero el cual adquiere la cualidad de equivalente universal. Por eso que las actividades femeninas se caracterizan como de producción de valores de uso y las masculinas como de producción de valores de cambio (4). En el primer caso, predomina la relación de las personas con las personas o con las cosas, en el segundo la relación entre las cosas, siendo el vínculo que las relaciona el dinero. Este modo de caracterizar la división sexual del trabajo tiene consecuencias directamente relacionadas con el tema del cuidado, de un lado, y con el de la socialización, del otro. Sus consecuencias se extienden además a otros ámbitos, como son la ética, la justicia o la política.

## 2.1

## DEL LADO DE LAS MUJERES

Si tomamos a la mujer como tipo ideal, como concepto con que abordar la división sexual del trabajo, más que como un ser concreto de carne y hueso. Una característica principal que podemos abstraer del trabajo "femenino", es que el valor de lo producido depende del uso. La producción de la mujer adquiere su valor de un modo contextual y concreto. En un cierto momento, en un cierto lugar, personas concretas hallan satisfacción al usar o consumir aquello que produce la mujer. La medida de las virtudes del trabajo sólo se halla cuando alguna persona concreta se beneficia. Son dependientes del contexto, momento y persona que hace uso de lo producido por la mujer, o

---

(4) Para el desarrollo de las cuestiones que se presentan a continuación nos apoyamos en Marx, particularmente en su teoría del valor y su teoría de la alienación.

---

se beneficia directamente del trabajo de la mujer. En este caso, la producción y el consumo son expresiones por excelencia de la subjetividad, razón por la cual no es posible hallar una medida universal de su valor.

Cada mujer tiene su manera de hacer las cosas, más lenta o rápida, más perfeccionista o chapucera, más creativa o repetitiva. Del lado de quien se beneficia del trabajo realizado por la mujer, la variabilidad es también inmensa, hay personas que disfrutan con tanta atención como se les dedica, y personas que ven las atenciones como un modo de intromisión, y prefieren que les dejen en paz a tener que soportar un cuidado solícito. Sin olvidar un tercer factor, la interacción de la persona que produce valores de uso con la que usa los valores producidos, en principio de amor y compromiso, predispone a recibir y dar cuidado. Cuando en lugar de amor se experimenta hostilidad, cuando la relación está deteriorada se manifiesta rechazo hacia la persona y todo lo que le rodea o hace, por proceder de alguien a quien no se quiere, respecto de quien se experimenta resentimiento. Se puede temer que cobre con creces sus atenciones. Son vividas como un regalo envenenado, un modo de aumentar una factura impagable por imprecisa.

Contexto, interacción directa cara a cara, subjetividades y por tanto aspiraciones, emociones, estados de ánimo, forman parte inseparable del trabajo de producción de valores de uso. La división sexual del trabajo coloca a las mujeres en el terreno de lo particular. Y esto ocurre tanto desde el punto de vista de sus actividades económicas inmediatas, como en sus disposiciones psíquicas, los principios éticos que informan su conducta y sus habilidades y capacidades cognitivas.

Al ocupar la posición femenina en la división del trabajo se configura una subjetividad para la cual ser aceptada y valorada por las actividades que se realizan es cuestión de primordial importancia. La mujer obtiene satisfacción principalmente de ser querida y valorada y sólo es capaz de valorarse en la medida en que se siente valorada (5). Conectada con el otro, receptiva a sus necesidades, relacionando su valor social con la capacidad de cuidar de las demás personas, tiene dificultades para enfrentar los conflictos, las oposiciones de intereses, los desencuentros, como lo tiene también para reconocer el valor de lo que hace.

Orientada a la relación cara a cara, las estimaciones que le hacen han de ser necesariamente parciales y subjetivas. Sabe aunque no lo ponga en palabras que las reacciones que suscita, sean de agradecimiento o de rechazo, no son una medida adecuada o cuanto menos suficiente de su valor. Tiene acceso a visiones particulares de sí misma construidas a partir de la respuesta de personas próximas. No puede conocer lo que es en sí a partir de la información de quienes le rodean porque la información que recibe no se refiere a ella sino a la relación, según sea la calidad de la relación será mejor o peor valorado su trabajo (6).

---

(5) Esta definición de la subjetividad "tipo mujer" podemos hallar en Freud, *Introducción al narcisismo*.

(6) En el caso de personas adultas con disminuciones físicas afirman que el aspecto del cuidado que valoran más es la calidad de la relación (Jecker y Serf, 1997).

---

Es más, cuando las atenciones son constantes, cuando siempre está apunto aquello que se necesita, o hay una mirada atenta, una receptividad dispuesta, una necesidad colmada, el cuidado deja de percibirse como el don del bienestar. Se vuelve natural, como es natural respirar y no concedemos ninguna importancia a esa actividad constante, hasta que falta el aire o nuestros pulmones no responden. Las cosas fundamentales de la vida se hacen de un modo continuo y constante, precisamente porque son imprescindibles, pero esa repetición, esa constancia, hace que pierdan su valor y que sólo se recupere la conciencia de su importancia cuando faltan.

Cuando se tienen presentes estas características del trabajo de género femenino es posible interpretar a una nueva luz el reclamo hecho por los movimientos de mujeres de que se haga visible. Esta demanda indica la existencia de un malestar, la exigencia de que se valore el trabajo doméstico se puede tomar como una queja implícita por el hecho de que no se da valor a aquello que en realidad lo tiene. Es como si las mujeres sí supieran que sus actividades tienen un valor pero que en cambio no reciben reconocimiento. Como si las mujeres se dolieran de que no se tenga en cuenta la importancia de sus aportaciones. Pero al mismo tiempo ese malestar tiene otro origen, no se sienten tan seguras como inicialmente se podría sospechar del valor que tiene lo que hacen. Estamos seguras de que cuidamos bien a nuestros hijos e hijas porque están alegres, crecen, no contraen enfermedades, cada día aprenden algo nuevo, pero mucho del bien que les hacemos procede del vínculo que tenemos con ellos y ellas y no de nuestras habilidades. No sabemos si somos buenas cuidadoras, que los alimentemos bien no depende únicamente de la calidad de la comida, sino de la aceptación que tengan de nuestros cuidados, puede ser una comida excelente y sin embargo negarse a comer, pero no estamos seguras de que se nieguen a comer porque no quieran que los cuidemos, sino porque simplemente la comida no es sabrosa y cualquiera se negaría a comérsela. Y es que el reconocimiento a pequeña escala, con ser imprescindible, no parece real, objetivo. Hacer visible el trabajo de las mujeres y que sea valorado, es una reivindicación y es también una pregunta. Es la afirmación de que las mujeres son productivas y necesarias y en la misma medida la duda sobre cuán productivas y necesarias son. En esa reivindicación/pregunta hay algo así como un afán de objetividad.

Finalmente, esas prácticas vitales y la subjetividad que se construye en las mismas da pie a una cierta disposición ética. Las condiciones son favorables para que se considere que la buena vida tiene mucho que ver con el compromiso en las relaciones, la responsabilidad por las otras personas, el reconocimiento y respeto recíproco. Si la buena vida, una vida que merezca la pena, es una vida en conexión con las demás personas, se desarrolla una disposición de receptividad a las necesidades de los otros y otras, y una gran preocupación por el impacto que se produce en las personas con las que nos relacionamos. Diemut Bubeck (1995) denomina esa disposición "other directed" (7), capacidad de identificar qué es lo que les podemos aportar a las otras personas

---

(7) Expresión que se podría traducir como "dirigido a los otros".

---

para que sus condiciones de vida mejoren. Como Bubeck advierte, las demandas de las y los demás son motivadoras, incluso apremiantes. La atención y respuesta a las demás personas hace que la mujer sea incapaz de defenderse de la explotación porque cuando alguien está necesitado antepones esa necesidad a sus propios intereses, incluso cuando no es ella la responsable de satisfacerla. A título de ejemplo, es frecuente que las mujeres, además de cuidar de sus hijos e hijas y padre y madre, cuiden de los hijos e hijas de su marido habidos en un matrimonio anterior, o del padre y la madre de su marido. Este tipo de disposición ética hace que las mujeres sean muy vulnerables.

Gilligan (1982), punto de referencia obligado cuando se trata la relación entre cuidado y género, señala que las mujeres, contradiciendo el supuesto de un desarrollo moral universal, tienen un desarrollo moral propio. Va todavía más lejos, lo que autores como Kohlberg o Piaget toman por desarrollo moral general, sólo corresponde, según ella, al proceso que se da en los hombres. No es común a todas las personas adultas, sean hombres o mujeres. Las mujeres, plantean los problemas morales en términos de cuidado y responsabilidad, siendo central en esa disposición ética la consideración de las personas concretas en situaciones concretas. En cambio, los hombres plantean los problemas como objetivos a realizar, problemas a resolver, obstáculos a eliminar, normas a respetar, entendidos como principios universales.

La disposición ética hacia el cuidado, tiene su lado oscuro. La realización de la cuidadora sólo tiene lugar en el cuidado, razón por la que puede adoptar una actitud abusiva, descubriendo dependencias donde no las hay, creándolas, impidiendo que la otra persona se haga cargo de sí misma, ya que cuanto más autosuficiente sea más desrealizada deviene ella. El cuidado está íntimamente relacionado con el maltrato y de hecho las relaciones de cuidado tienen un carácter fuertemente ambivalente. Del lado de la mujer, por el hecho de tender a la conexión con "el otro", por suponer que debe y es capaz de anticipar lo que desea y que debe anteponer las necesidades de quien requiere cuidados a las propias, se enfrenta a un conflicto. Se mueve entre la afirmación de su identidad, forzando a que el objeto de sus cuidados tenga para con ella actos de reconocimiento por la atención y cuidados recibidos, y la negación de la propia subjetividad por anteponer la otra persona y sus necesidades a lo que ella misma desea o necesita, que siempre queda en segundo término. "El otro" y su bienestar es un fin para quien le atiende, la mujer, pero al mismo tiempo es un instrumento, el medio del que se dota para confirmar su propia potencia e invulnerabilidad. La posición de cuidadora o cuidador requiere encontrar el equilibrio entre dos estados emocionales.

De una parte ese sentimiento de poder y capacidad que genera una satisfacción difícilmente equiparable a la que proporciona cualquier otra actividad, ya que se tiene la vida de otra persona, o como poco su bienestar, en las propias manos. Si el sentido de agencia sólo lo experimenta en las actividades de cuidado estando marginada de otros ámbitos de la realidad como el político, hay que buscar la persona dependiente, y encontrarla o inventarla proyectando sobre las demás personas las propias necesidades, realizándose al proyectar en "el otro" las necesidades cuya satisfacción requiere cualidades que una misma cree poseer.

---

De otro lado, en contradicción con esos sentimientos de realización, poder, responsabilidad, la receptividad "al otro" y sus necesidades, el hecho de que la relación sea asimétrica, genera desgaste físico y emocional. No puede evitar el sentirse comprometida, pero al mismo tiempo la cuidadora se percibe a sí misma como una inmensa ubre (8). Esta disposición de cualquiera que quiera absorber de ella no simplemente alimento y atención, sino la propia vida, que orientada a las demás personas se vive como agotada. Una misma se siente el sumidero en el que se vierte toda la miseria del mundo, que de no ser acogida originaría una inundación de consecuencias fatales. El objeto de los desvelos se vive como si fuera un tirano, y tal vez lo sea, porque la una frente al otro, ambos carecen del elemento de contención que es reconocer capacidades y autonomía en quien requiere cuidados, y necesidad de cuidados y carencias en quien cuida. En suma, se sienten simultáneamente poderosas, explotadas, desgastadas, no tenidas en cuenta y el centro del mundo.

Quienes son objeto de cuidados también desarrollan sentimientos contradictorios, de gratitud y resentimiento, la necesidad de atenciones les pone en contacto con su precariedad y dependencia, contrayendo una pesada deuda personal que no se llegará a saldar, a la que se responde evaluando los cuidados que reciben y quien los proporciona, y reaccionando con hostilidad a las atenciones. Probablemente el escaso valor social de las mujeres se gesta en la ambivalencia de las relaciones de cuidado.

## 2.2

## EN CUANTO A LOS HOMBRES

La división sexual del trabajo comporta prácticas que otorgan un lugar en el mundo y un modo específico de producir la propia vida, no sólo en sus aspectos materiales, sino también psíquica y éticamente. Ya hemos visto que hay una conexión entre el trabajo de la mujer, su subjetividad y su disposición ética. La orientación "al otro" propia del trabajo del cuidado, contiene una contradicción: quien es objeto de cuidados es un instrumento que permite a la mujer confirmar el valor que ella tiene. El otro, para la cuidadora, funciona como el espejo mágico de la madrastra de Blancanieves. No sabe quién es ni cuánto vale sin el dictamen del espejo en un caso o la persona dependiente en el otro. Por tanto, el uno o la otra, son condición de su existencia. Al mismo tiempo, la imagen reflejada en el cristal en un caso o en la mirada en el otro, ha de ser la que la mujer quiere, si no se obedece el mandato de devolverle la imagen que busca, rompe el espejo, cesa la disposición para el cuidado. Contrariamente a lo que sugieren algunas de las pensadoras que más han contribuido a teorizar el cuidado, como pueda ser el caso de las ya mencionadas Gilligan o Bubeck, el trasfondo no es una disposición atenta al otro y sus necesidades. Afirmaría que el trasfondo del cuidado —cuando es la actividad especializada de las amas de casa— es la dificultad para establecer una relación con los objetos de cuidado que sea satisfactoria por sí misma, ya que esa actividad se convierte en un medio para confirmar la propia valía. La posición de inferioridad social de la mujer, ha de generar algún tipo de mecanismo de defensa consistente en

---

(8) Muchas mujeres durante la lactancia expresan esa imagen refiriéndose a sí mismas como "una teta con patas".

---

orientarse en sus actividades de modo que las demás personas le confirmen que es necesaria, que no se puede prescindir de ella.

En cuanto al hombre, cuando examinamos su posición en la división sexual del trabajo, también lo tomamos como tipo ideal. No pretendemos describir la realidad de los hombres en toda su diversidad, sino aquellos aspectos de sus vidas que nos permiten reconocer la existencia de sexismo. El primer aspecto a destacar del trabajo de género masculino es que el valor de lo producido se realiza fundamentalmente en el mercado, en el momento en que los bienes o servicios que genera entran en relación con otros bienes y servicios, lo cual permite establecer relaciones de equivalencia. Su trabajo se vuelve social por el hecho de que se intercambia con otros trabajos, y esto es lo que permite establecer cuál es su propio valor social, no ya para personas concretas, sino para el conjunto de la sociedad. Esto implica que el valor se convierte en un universal de la sociedad, no remite a relaciones interpersonales concretas, sino al acto genérico de producir y consumir. La medida de las virtudes de su trabajo es universal cuando el producto se intercambia en el mercado y al margen de cuál sea la persona concreta que haga uso del mismo. Si en el caso de la mujer la relación de cuidado puede llegar a despersonalizarla, en el caso del hombre, dadas las relaciones de intercambio en las que se mueve, es su actividad la que queda despersonalizada.

La subjetividad del hombre se expresa en lo que consigue por el hecho de trabajar, sólo secundariamente en el producto de su trabajo. Es cierto que cada hombre tiene su modo de trabajar, pero lo hace dentro de un marco de relaciones mucho más rígido del que delimita el trabajo de la mujer. En la lógica mercantil de la organización productiva, el hombre se convierte en fuerza de trabajo y como tal es utilizado, la orientación de la actividad nace de las relaciones entre oferta y demanda, y más cercanamente en los consejos de administración de las empresas. El hombre difícilmente puede orientar su trabajo por su conexión con quien usará lo que produce, no conoce a quién consumirá el fruto de su esfuerzo, y muchas veces desconoce el producto final a cuya realización está contribuyendo.

En conjunto, el hombre queda inconexo de aquellas personas para las que produce mientras que sus productos se relacionan entre sí vinculados por el dinero, establecen una conexión universal mediante el mercado. Estas son las condiciones de socialización que desarrollan en los hombres concepciones universalistas, mientras que el trabajo de la mujer favorece la socialización en concepciones particularistas por su orientación a satisfacer las necesidades inmediatas de personas concretas en relaciones cara a cara (9). En cuanto al componente emocional de la actividad, la

---

(9) Recordemos que la aproximación que se está realizando es de carácter analítico, por tanto se está prestando atención a los grandes rasgos del funcionamiento de la división sexual del trabajo. En modo alguno estoy sugiriendo que ningún hombre concreto tenga un trabajo que implique conexión concreta con las demás personas. Sin ir más lejos, la cultura de la propina es una expresión de la voluntad de particularizar las relaciones comerciales precisamente en el ámbito de los servicios, ya que rompe los criterios universales de intercambio introduciendo consideraciones particulares en el establecimiento de la tasa de intercambio. El añadido de la propina rompe el precio universal del producto, ya que el importe de la misma se puede establecer libremente siempre que sea al alza. En el caso de las mujeres, evidentemente también podemos hallar ejemplos concretos de conexión con lo universal, cuando una mujer justifica el modo en que educa a sus hijos e hijas o trata a una persona enferma apoyándose en la afirmación que siempre se ha hecho de ese modo, se está moviendo a partir de universales, o cuanto menos, justifica sus acciones en base a universales.

---

posición masculina en la división sexual de trabajo entraña desapego respecto de la persona hipotética beneficiaria de su actividad. La vinculación afectiva tiene lugar más bien respecto de las y los compañeros de trabajo, tanto en el sentido de experimentar amistad y cercanía como en el sentido de rechazarlos como rivales u obstáculos en su carrera profesional. Respecto de la actividad misma, no tenemos bases para negar que se produzca una vinculación con los objetos de su actividad, el cariño, orgullo, preocupación, que una mujer puede experimentar en su relación con las personas que son objeto de sus cuidados, en el caso de los hombres se produce respecto de los instrumentos de trabajo o los productos de su actividad.

Desde el punto de vista psíquico, se configura una subjetividad asertiva, orientada a la consecución de objetivos, no tan dependiente de las valoraciones que las demás personas puedan realizar de su persona, como de hacer lo que se propone. Las actividades productivas son más un medio para conseguir lo que quiere y menos el modo de despertar el amor y respeto del resto. Lo que proporciona afirmación personal es el dominio de la realidad, no la opinión de las demás personas sobre lo que hace o es.

En la posición de "ganador de pan", los ingresos son la contribución inexcusable a vida en común del conjunto de la familia, como el cuidado lo es en la posición de "ama de casa". Pero el dinero que aporta se da por supuesto, se disfruta con escasa conciencia de las penalidades que supone obtenerlo de un modo regular y suficiente. Su ausencia del hogar, que en principio se justifica por las responsabilidades derivadas de su posición, se vive como abandono, huida o falta de compromiso con la familia. Al mismo tiempo, a su diario regreso a casa, se encuentra con un lugar en parte extraño y ajeno, donde ocurren cosas en las que no ha intervenido, y que le hacen sentir que no cuenta para los suyos o es un cero a la izquierda. En cuanto a las y los miembros de su familia, sienten que con su llegada se interrumpe la actividad cotidiana. No cuenta porque pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, y alarga indebidamente su jornada laboral porque no le atrae la idea de volver a un lugar en el que no pinta nada. También ocurre lo contrario, la distancia y la ausencia hacen que el poder y el poderoso se magnifiquen, por lo que su llegada al hogar puede ser vivida con temor a sus reacciones, a que no encuentre bien las cosas, a que los niños y niñas le molesten y los abuelos y abuelas le estorben.

Las prácticas vitales y la subjetividad que se construyen en las prácticas dan pie a una disposición ética distinta y complementaria respecto de la que desarrolla el "ama de casa". Para quien ocupa la posición de "ganador de pan", la buena vida tiene mucho que ver con proporcionar a la familia todo lo que necesite, defenderla de las amenazas exteriores, triunfar ante las adversidades, vencer a los rivales, ser capaz de realizar los propios objetivos. La orientación que se adquiere cuando se ocupa la posición hombre es la "ética del trabajo" y el valor con que ha de enfrenarse a la amenaza o el riesgo (10). Ciudadano es aquel que trabaja, defiende la integridad del terri-

---

(10) Como sabemos, las largas luchas y resistencia contra el servicio militar obligatorio abocaron a la profesionalización de las fuerzas armadas. Ahora bien, eso no exime del mandato constitucional de estar a disposición de defender y proteger en caso de amenazas de diversa índole. Es más el Ministerio de Defensa del gobierno Aznar ha preparado el borrador de una Ley de Reserva y Movilización en el momento en que se escribe esta ponencia.

---

torio donde se asienta la sociedad de la que forma parte, y defiende a su población de catástrofes, riesgos y amenazas de diversa índole.

Las virtudes cívicas de esta ética, ya no son la capacidad de entrar en conexión, de empatía, de cercanía respecto de las demás personas, sino la capacidad de resolución, de lucha, de eliminación de obstáculos, de riesgo y de fracaso y cuando los conflictos amenazan con destruir la vida social, la justicia.

La agresividad, la separación, la anulación, forman parte de la experiencia humana tanto como la conexión, la responsabilidad, la compasión, la empatía. Negar la parte "hombre" es no tener en cuenta que en la vida hay conflictos, no sólo porque nos negamos espacio los unos a los otros, sino porque en ocasiones "el otro" se convierte en un obstáculo a eliminar por el hecho de desear las mismas cosas que nosotros. No podemos tomarnos la ley en serio si no nos tomamos en serio los conflictos de intereses, y nuestro deseo de eliminar al otro. Tomarnos la ley en serio quiere decir que los conflictos van en serio, que la alternativa a la resolución de los conflictos fuera de la ley implica un daño mayor de lo que supone someterse a la ley o luchar para cambiarla (11). Al mismo tiempo, y siguiendo el planteamiento de Sevenhuijsen (1998), tomarnos el cuidado en serio significaría que es necesario "juzgar con cuidado" y una "justicia del cuidado".

La posición hombre, relacionada con la ética del trabajo, implica la actitud de estar a cargo de las cosas, de hacer que ocurran, de eliminar los obstáculos. Tal vez fuera más ajustado, si pretendemos avanzar en paralelo en la lógica de funcionamiento de los dos géneros, hablar de una "ética de la cura masculina" que es la complementaria de la "ética del cuidado femenina". A diferencia de la ética del cuidado que se centra en la persona y no en el daño que la persona sufre, la ética de la cura impulsa a "cortar por lo sano" y eso requiere un distanciamiento de la persona y una mirada sobre el problema en sí al margen de las condiciones, el lugar o la persona que lo vive. Por eso una madre puede cuidar de su hija o hijo enfermo, pero no lo puede operar. Tal vez las disposiciones profesionales que se acercan más a esta lógica sean la de enfermera y cirujano, que no por azar son las profesiones en que el grado de sexismo es mayor.

La cara oscura de esa manera de estar en el mundo es la guerra, la escasa medida de las consecuencias de las acciones para las personas, la facilidad para agredir físicamente y tomar "al otro" como un objeto a poseer o un obstáculo a vencer.

---

(11) Ver el capítulo 5 "Ley del deseo, elección del deseo y deseo de ley" de *El malestar en la desigualdad*.



3.

## *Los cambios en la lógica de las relaciones*

La exposición precedente no tiene valor descriptivo, sino analítico. Si nos referimos a las personas concretas y a las relaciones que tienen, si no hablamos de la mujer y el hombre, sino de mujeres y hombres, lo que hallamos es una diversidad de situaciones. En principio, los rasgos que hemos señalado no son mutuamente excluyentes sino que pueden coexistir con diverso grado de intensidad en una misma persona. Sabemos que hay personas que conceden una gran importancia al trabajo y al mismo tiempo tienen una disposición ética que les orienta al cuidado. No hay más que ver el cuidado con que algunos mecánicos o carpinteros atienden al comportamiento de los materiales y al estado de las herramientas de trabajo, o la distancia con que algunas maestras, enfermeras o madres atienden a las personas que están a su cargo. También sabemos que la actitud orientada al trabajo o al cuidado no es permanente en ninguna persona, que en ciertas circunstancias nos comportamos de un modo asertivo, mientras que en otras somos muy dependientes de nuestro entorno. Finalmente, la división "ama de casa/ganador de pan" sólo es una distinción teórica, ya que muchas mujeres tienen un empleo además de hacerse cargo del trabajo doméstico, y no todo el trabajo doméstico está tipificado como femenino sino que hay tareas que socialmente se les han venido asignando a los hombres, como los arreglos y el mantenimiento de la casa.

Además, es evidente que la situación ha cambiado considerablemente en los últimos años. Los cambios más relevantes, por el impacto que tienen sobre las condiciones en que se produce el cuidado, son de cuatro tipos. Los que están teniendo lugar en la división sexual del trabajo, los demográficos, los culturales y los cambios en las disposiciones personales.

3.1

### LOS CAMBIOS EN LA DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO

En lo que se refiere a la división sexual del trabajo, está cambiando la consideración del trabajo y del salario como derecho familiar. El momento histórico en que culmina la construcción de la familia nuclear -siglo XIX-, y se crean las dos figuras centrales de la misma, el ama de casa y el ganador de pan, pasa por graves problemas sociales. Se han roto los viejos esquemas de organización de la sociedad y todavía no existen instituciones socializadoras y de control adecuadas a las necesidades del nuevo sistema productivo basado en la producción en gran escala, la división del trabajo por tareas, la disciplina, regularidad y productividad creciente.

Adicionalmente, los grandes movimientos de población del campo a la ciudad, el desarraigo del lugar de origen, dejan a buena parte de la población sin el mecanismo de contención de la co-

---

munidad. En esas condiciones, la figura del ama de casa es un agente de socialización y control de las conductas enormemente efectivo. El sometimiento a la disciplina, el orden, la previsión, la regularidad en la conducta de los trabajadores, está asegurada por las mujeres, que en su tarea de cuidado, se ocupan no sólo de las y los miembros de la familia, sino de la sociedad misma, potenciando que las personas a su cargo adquirieran comportamientos afines al nuevo orden social. Las lealtades son familiares, y en el terreno público se pretende que las relaciones sean contractuales. En coherencia con ese modelo de organización social, el salario del hombre se considera el principal en el sostenimiento de la familia, y si trabajan la mujer y los hijos e hijas, su actividad es considerada complementaria. Por otra parte, los derechos sociales se derivan de la figura del hombre adulto en aspectos fundamentales, las prestaciones sociales sanitarias o la pensión es dependiente de la existencia de un trabajador asalariado en la familia y de que se reconozca un vínculo de dependencia con el mismo. El derecho al trabajo y al salario ha venido siendo familiar, y no individual, o si se prefiere, la posición de individuo corresponde a la persona que tiene una familia a su cargo.

Casi dos siglos más tarde puede decirse que la tarea de crear instituciones que ordenen las relaciones sociales ha avanzado, así como han cambiado las condiciones sociales que potencian la construcción de la familia nuclear. La fuerza de trabajo ya está socializada en consonancia con las necesidades de producción capitalistas. Desde la óptica empresarial ya no se justifica el coste (12) de la fuerza de trabajo en términos de salario familiar. En la actualidad estamos constatando que las grandes empresas realizan planes de reestructuración de las plantillas encaminados a substituir trabajadores mayores, con salarios de tipo familiar y gran cantidad de derechos laborales adquiridos, por trabajadores jóvenes. Se acepta, por tanto, doble escala salarial. Esto indica que nos encontramos en una situación de transición entre una concepción familiar del salario y una concepción individual, en la que no se considera el coste de reemplazo de la población trabajadora. En los países occidentales, la continuidad del sistema productivo es perfectamente compatible con un descenso de la tasa de natalidad dada la disponibilidad prácticamente ilimitada de fuerza de trabajo inmigrada y los patrones de natalidad de la población inmigrante.

Sin embargo, lo que no ha cambiado es la práctica de externalizar a las familias, léase las mujeres, tanto las actividades de cuidado como sus costes. Se trata de una externalización de costes tri-

---

(12) Walby (1986) se cuestiona en que la organización patriarcal familiar sea afín al capitalismo, entendiendo que las exigencias de la organización patriarcal entran en contradicción con intereses empresariales. No diremos que eso sea falso en el caso del empresario individual, efectivamente, no tiene por qué tener interés en que el trabajador pueda sostener una familia, ya que no se beneficiará directamente de los hijos del trabajador como fuerza de trabajo para su empresa. Pero como clase, está interesado en dotarse de un sistema de generación de nuevas vidas y de socialización que permita la continuidad del capitalismo. Coincido en cambio con la apreciación de Walby si nos referimos a la situación actual, en que la familia nuclear procreativa, con división sexual del trabajo, probablemente ya no sea una necesidad del capitalismo en la medida en que lo fue hace un par de siglos.

---

ple, del Estado, del mercado y de los hombres hacia las mujeres. En cuanto al Estado (13), su posición en cuanto a las tareas de cuidado es mixta, en parte las asume como propias y las financia mediante impuestos (14), en parte las deriva a las mujeres en su función de amas de casa, para lo que se apoya en mecanismos de socialización diferencial de los sexos y en políticas laborales que no facilitan la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, y en parte las libra a las fuerzas del mercado (15). Por lo que se refiere a las empresas, contemplan entre los costes de producción las enfermedades y accidentes laborales de los trabajadores, pero no contemplan las enfermedades o accidentes o situaciones de dependencia de las y los familiares de los trabajadores. Por tanto, suponen un infraestructura doméstica, las amas de casa, que se ocupan del cuidado a coste cero dado que el salario es individual y no familiar. En tercer lugar, los hombres también externalizan sus costes del cuidado a las mujeres, dado que no se ocupan de la atención personal de quienes dependen de ellos y la derivan a las mujeres así como muchos aspectos de su cuidado personal.

La respuesta de las mujeres a esta situación, que no podemos definir sino como explotación, dado que aportan un trabajo que no las beneficia y que en cambio fortalece la posición social y política de quienes se benefician del mismo, es buscar caminos para reducir tanto como sea posible la carga del cuidado. Un indicio de esta estrategia es el espectacular descenso de la tasa de fecundidad y la derivación hacia emigrantes de parte de las actividades que tradicionalmente venían realizando las mujeres, tanto por realizarlas asalariadamente, como por tener hijos e hijas en un

---

(13) Si entendemos que el Estado es el equilibrio de intereses y poderes entre los actores sociales, y los cambios en el Estado como cambios en esos equilibrios, más que hablar de Estado, mercado y familia, como instancias de relación con sus propias reglas de juego, habría que hablar del papel de hombres, mujeres, empresariado, población autóctona y población emigrante, y los juegos de poder entre todos estos colectivos.

(14) La fuente de los ingresos estatales expresa los equilibrios de fuerzas entre los actores sociales. Un aumento relativo de los impuestos indirectos respecto de los directos, o de los impuestos sobre las rentas del trabajo respecto de otro tipo de rentas, nos habla de la renuncia a redistribuir la riqueza por parte del Estado, y por tanto a un desequilibrio de la balanza a favor de los más poderosos.

(15) A título de ejemplo de este tipo de políticas, baste considerar que con el nuevo cálculo del desempleo implementado desde el año 2000, y según datos de la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2001, el número de mujeres desempleadas desciende en casi 300.000. Ese contingente de mujeres pasa a engrosar la población inactiva, y un 62 por ciento pasan a ser clasificadas como amas de casa. Con esta maniobra se ocultan las elevadísimas tasas de paro que padecen las mujeres.

---

número que amortigua parcialmente el descenso en la tasa de natalidad de la población autóctona (16).

Se atisba que algunas actividades de la familia tradicional quedan externalizadas a la población inmigrante en dos sentidos. Por una parte, el nivel de vida de las y los inmigrantes es más bajo, es como decir que su coste de producción es menor, y por añadidura tienen más hijos e hijas que las trabajadoras y trabajadores autóctonos. Además, el creciente peso del sector servicios, crecimiento que se explica a expensas de la incorporación de las mujeres casadas en el mercado de trabajo, y por tanto se corresponde con una mercantilización creciente de las tareas de cuidado, se alimenta de la fuerza de trabajo de población inmigrante y no sólo de mujeres autóctonas.

### 3.2

### LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Acabamos de apuntar el importante descenso en la tasa de fecundidad, que nos sitúa por debajo del nivel de reemplazo dado que el incremento de la esperanza de vida no es suficiente para compensar la escasa natalidad. La compensación puede venir de la mano de la inmigración. El flujo de población inmigrante en edad de trabajar puede entenderse como una externalización a otros países de los costes del cuidado de la vida humana, ya que se trata de una población disponible para el trabajo, que llega a nuestras fronteras en el momento en que pueden generar un saldo productivo positivo, ya que no requiere cuidados y en cambio los puede ofrecer. Se trata además de una población en disposición de procrear, sus tasas de fecundidad son más elevadas que las de la población oriunda, y por tanto se sitúan en posición de absorber los costes derivados del cuidado de las criaturas.

---

(16) Según la *Encuesta de Fecundidad* del 1999, la tasa de fecundidad se situaba en 1,07. Si consideramos la fecundidad según la situación respecto de la actividad económica, hallamos que la tasa de las mujeres ocupadas es de 1,00, la de las paradas del 0,85 y la de las amas de casa del 1,97 por mil mujeres en edad fértil. Los datos nos evidencian la existencia de un conflicto entre la maternidad y el trabajo remunerado, pero nos muestran también los cambios culturales que se están produciendo, dado que tampoco las amas de casa están dispuestas a tener muchos hijos e hijas. Decimos que se trata de un cambio cultural porque en el caso de las amas de casa no se da el conflicto entre cuidado de las criaturas y vida laboral, y porque contrariamente a las argumentaciones al uso, carece de base la tan manida idea de que la gente no tiene más hijos e hijas porque no tiene dinero, es justamente en los grupos sociales con menos ingresos y en los países más pobres donde la gente tiene más descendencia. El descenso de la tasa de natalidad está más bien asociado al individualismo, concepción de la propia persona en que la realización no se obtiene por entrega a la comunidad o por la asunción de las responsabilidades personales o sociales, sino mediante la orientación a un proyecto de vida propio, evitando las interferencias que se pudieran producir en los propios planes.

---

Hay que añadir otro cambio de una trascendencia que en este momento apenas podemos calibrar. El incremento en la esperanza de vida, asociado al descenso en la tasa de fecundidad hace que crezca el número de viejos y viejas tanto en términos absolutos como en términos relativos. De otra parte, el alargamiento en la duración de la vida se traduce en extensión de enfermedades crónicas y por tanto necesidad de cuidados durante una porción mayor de la vida. El incremento en la esperanza de vida supone un aumento de la dependencia, dado que en la actualidad se pueden vivir muchos años pese a padecer limitaciones psicomotoras graves.

Ahora bien hay que considerar que la confluencia de dos factores, la diferencia de edad entre los miembros de la pareja y la mayor esperanza de vida de las mujeres, conduce a que la mayoría de hombres mueran casados y la mayoría de mujeres viudas. Se trata de una manifestación del poder de los hombres extraordinariamente sutil por no deliberada. Hombres y mujeres toman decisiones en sus vidas que benefician a los hombres sin conciencia de que lo hacen. Los hombres al casarse adquieren un seguro de cuidados que se extiende hasta la tercera edad. Se casan con mujeres que les sobrevivan y por tanto puedan hacerse cargo de esta responsabilidad. Entretanto, las mujeres adquieren la carga de cuidar sin garantía de ser cuidadas a menos que sea otra mujer quien se ocupe de ellas (17).

### 3.3

### LOS CAMBIOS CULTURALES Y EN LAS DISPOSICIONES PERSONALES

Seguramente el cambio cultural más relevante sea la penetración del individualismo, con su acento en la autosuficiencia, en la libertad y en los derechos. La concepción individualista que va de la mano del desarrollo de subjetividades narcisistas, está reñida con la ética del cuidado, y favorece una visión contractualista de las relaciones sociales. El contractualismo es un modo de concebir las relaciones en términos de pactos y acuerdos de voluntades libres fundamentados en el interés, la relación no requiere un compromiso emocional, y la cooperación con la otra persona es entendida en interés propio. El vínculo se rompe en el momento en el que cesa el interés o desaparecen las condiciones que lo motivaron.

En cuanto a las subjetividades narcisistas, según las describe Lash (1999) se caracterizan por su incapacidad para reconocer los fracasos y las pérdidas que se traduce en una exacerbación de la agresividad, existencia de fantasías de omnipotencia, manipulación de las personas con el fin de aprovecharse de ellas o satisfacer algún deseo con ellas, para despreciarlas precisamente por haberse aprovechado. Se trata de subjetividades que se caracterizan por falta de compromiso per-

---

(17) Según el estudio 2117 del CIS de octubre-noviembre de 1994, el 83 por ciento de las cuidadoras y cuidadores voluntarios de personas mayores en España son mujeres.

---

sonal, social y político. Bajo tales condiciones el terreno está abonado para el atropello recíproco tanto de quienes cuidan, como de quienes reciben cuidados.

Forma parte de esta visión individualista de las relaciones sociales un tipo de familia que podemos denominar asociativa (18) caracterizada por un grado de división sexual del trabajo débil, ambas partes de la pareja participan en mayor o menor grado en las actividades domésticas y en el sostenimiento de la familia. La formación de la familia tiene lugar sin renunciar a planes de vida propios, y a mantener parcelas de libertad, sobre todo en los aspectos profesionales. Los hijos e hijas, siendo importantes, no son el único objeto de preocupación de la mujer y del hombre. La unión de la pareja no implica compromiso y responsabilidad de por vida y la posibilidad de disolver el matrimonio por mutuo acuerdo es una eventualidad que cabe dentro de lo imaginable. En contradicción con esta disposición familiar, orientada a la autonomía y autorrealización de cada miembro de la pareja, la dependencia familiar de los hijos e hijas ha aumentado de un modo decisivo, tres cuartas partes de los jóvenes entre 25 y 29 años viven con sus padres y madres, siendo más de la mitad las jóvenes de esta edad en la misma situación (19), la diferencia se debe a que todavía se casan más jóvenes las chicas que los chicos y no tanto a que las chicas salgan de casa antes que los chicos para vivir por su cuenta. Queriéndolo o sin quererlo, la inversión parental ha aumentado considerablemente y por tanto el cuidado de los hijos e hijas y su sostenimiento económico, de tal modo que los propios padres y madres requieren cuidados cuando los hijos e hijas todavía no se han independizado. Cuidar simultáneamente de los hijos e hijas y de los padres y madres será una posibilidad cada vez más frecuente. El hecho es que se extiende la duración del periodo de la vida en que hay que hacerse cargo de personas dependientes.

En cuanto a la situación de las mujeres, su formación ha aumentado espectacularmente, acceden a la universidad en proporción mayor que los hombres, con rendimiento académico mejor, tardando menos años en acabar los estudios. Cada vez es más habitual que conserven el trabajo remunerado después del matrimonio o el nacimiento del primer hijo o hija. En cuanto a las condiciones de acceso al mercado de trabajo continúan presididas por criterios sexistas, dado que las mujeres se concentran en sectores y ramas de la producción distintos a los que ocupan los hombres. La persistencia del sexismo, más allá de su dimensión económica, en tanto que fenómeno cultural y subjetivo, tiene consecuencias paradójicas en lo que se refiere a las actividades de cuidado, sean en el ámbito mercantil o en el público.

En un sentido, la generalización y profundización de la subjetividad individualista puede erosionar la práctica del cuidado y la provisión, actividades ambas menos vinculadas a la libertad y más a la responsabilidad y al deber. La personalidad narcisista constituye un severo obstáculo

---

(18) En Izquierdo (2000) se reflexiona sobre la naturaleza de los cambios producidos en la institucionalización de las relaciones de sexo y de edad.

(19) Según datos de la Encuesta de Población Activa del INE.

---

para dar y recibir cuidados, ya que la falta de empatía propia del narcisismo anula la capacidad de reconocer la necesidad de la otra persona, o de implicarse en relaciones que no tengan lugar en provecho propio inmediato. Podemos anticipar relaciones interpersonales en que el maltrato y el daño, en sus diversas formas sean menos que inusuales.

En sentido inverso, las condiciones del cuidado y la calidad del mismo puede mejorar notablemente, cuando se realiza como actividad profesional. La combinación de segregación ocupacional por sexos y mejoramiento sostenido de la formación de las mujeres, se traduce en que las personas mejor formadas, las mujeres, estarán dedicadas a las tareas de cuidado. La inversión de recursos humanos en las actividades de cuidado aumentará como resultado no buscado del sexismo. Se produce la contradicción de que el sexismo, una de cuyas características es la infravaloración de las mujeres y de las actividades que desarrollan las mujeres, impulsa a éstas a adquirir más valor al hacer una inversión más fuerte que los hombres en formación. Esa lucha de las mujeres por mejorar, se traduce en un mejoramiento y recalificación de las actividades que desarrollan. Precisamente como resultado del sexismo y no tanto como resultado de su superación, las actividades socialmente definidas como femeninas, de cuidado y atención a las necesidades personales, adquieren un valor renovado. Confluye el conocimiento práctico del cuidado, adquirido por las mujeres en el curso de su socialización y por identificación con sus madres, con más amplia y mejor formación intelectual. Esta confluencia implica que los principios universalistas y reflexivos propios de una ética orientada a la justicia se integran con los principios contextuales y particularistas del cuidado, cosa que ha de potenciar tanto la primera como el segundo.

Por otra parte, al resistirse las mujeres a la aplicación de criterios sexistas en la división del trabajo, se atemperan los daños que comporta la concepción del cuidado como la actividad específica que realiza una parte de la población, las cuidadoras, a otra parte de la población definida como dependiente. De igual modo se problematiza el supuesto de que una parte de la población se ocupa de la provisión y la protección de la otra parte. En estas condiciones la dependencia se nos presenta a una nueva luz, no ya como base de división de la sociedad en el par dependientes-independientes, sino como un hecho cotidiano del que participamos todos y todas, situación ésta que modera el poder que entraña de un lado la práctica del cuidado y del otro la protección-provisión.

4.

## *La socialización del cuidado*

Hasta aquí hemos visto la trascendencia del modo en que se organizan las actividades económicas, ya que su impacto excede el ámbito de la producción y el consumo. Las condiciones de socialización de la población y el clima social general pueden favorecer la constitución de sujetos adultos capaces, no sólo de llevar a término un plan de vida propio, sino de asumir responsabilidades por la población dependiente y de aceptar las limitaciones que les hacen objeto de cuida-

---

do y protección. En sentido inverso, puede interferir la producción de sujetos responsables capaces de entrar en contacto con sus limitaciones y de reconocerse y solidarizarse con las limitaciones ajenas. La pretendida autosuficiencia de “los ciudadanos” queda cuestionada en la misma medida en que nos reconocemos necesitados y dependientes de las demás personas. Las actividades productivas nos socializan, y la principal producción que tiene lugar en el proceso de trabajo es la producción de subjetividad. Las condiciones en las que participamos en la división sexual del trabajo nos construyen como mujer o como hombre y favorecen que se crea real la ficción del individuo autosuficiente, ya que la mujer no se toma como un individuo pleno que colabora con otro individuo, sino como la extensión sin voz del ciudadano.

Tanto la división sexual del trabajo como la organización de las actividades mercantiles se oponen a la democracia porque dispone las actividades productivas de un modo autoritario. No favorece el debate sobre algo tan básico como el modo en que nos organizamos para producir nuestra existencia ya que la participación social es asignada en función del sexo, y la participación en la dirección de la producción es independiente de la aportación laboral que se realiza. Ese es el entorno que socializa a la mujer como cuidadora, pero hay otro modo de referirse a la socialización del cuidado. Es una condición de ciudadanía, dado que el ejercicio de la ciudadanía por parte de los hombres depende de que las mujeres se ocupen de las tareas de cuidado de las personas dependientes, situación esta que las convierte en objeto de explotación. El trabajo que realizan las mujeres representa un ahorro de recursos para los hombres, les libera de responsabilidades vitales y les permite disponer de tiempo libre para actividades de participación social. Las empresas, se ahorran los costes de producción de la vida humana en aquella parte que corresponde a la población que no se halla en una situación económicamente ocupable. En cuanto al Estado, sólo ha de asumir parcial y limitadamente las tareas de cuidado, aplica un servicio social obligatorio a las mujeres pero lo presenta como si fuese una actividad privada o propia del ámbito íntimo. Al establecerse una relación de incompatibilidad entre el trabajo doméstico y el remunerado, al dar preferencia a los hombres en el mercado de empleo, al no considerar como desempleada a toda mujer que hallándose en condiciones de trabajar no tiene trabajo remunerado, se coloca a las mujeres en posición de aportar un trabajo imprescindible para la comunidad como si fuera cuestión de voluntad individual y por tanto una actividad privada respecto de la que el Estado, supuestamente respetuoso de la autonomía de los ciudadanos y ciudadanas, no debiera intervenir.

Una diversidad de caminos están conduciendo a que el cuidado por fin se tome en serio, y se considere como una cuestión social que no se puede librar a decisiones individuales fuera del ámbito público. Hay indicios significativos del interés que despierta. Por ejemplo, dentro del Quinto Programa Marco, la Comisión Europea financia un proyecto encaminado a hacer un estudio comparativo sobre el estado de la investigación en cuidado social en el que participaron Finlandia, Francia, Italia, Portugal y Reino Unido. Los aspectos del cuidado que se abarcan son los dirigidos a la atención de niños y niñas y de personas adultas, revisando además el estado de la investigación sobre temas de familia, género y trabajo en su conexión con el cuidado social. El proyecto SOCCARE, así se denomina, está orientado a estudiar las posibilidades de que disponen las fa-



---

milias para abordar el cuidado combinando de un modo flexible el formal con el informal. En este proyecto el cuidado se define como la asistencia que se suministra con el fin de ayudar a que los niños y niñas y las personas adultas puedan desarrollar sus actividades cotidianas. Se trata de una asistencia que puede ser aportada como trabajo pagado o no pagado, por parte de profesionales o no profesionales y dentro o fuera de la esfera pública. De hecho algo que caracteriza el cuidado social es que trasciende esas dicotomías conceptuales. Por lo que venimos desarrollando, la dicotomía trabajo/cuidado también es problemática, ya que el propio proceso de trabajo puede ser cuidadoso o dañino, así como la dicotomía persona dependiente/cuidadora.

El año 2002 la Comisión Europea financia otro ambicioso proyecto en el que participan investigadoras e investigadores de 6 nacionalidades: Dinamarca, España, Holanda, Hungría, Reino Unido y Suecia, destinado a estudiar las condiciones en que se desarrolla el trabajo de cuidado. *Care Work in Europe. Current understandings and future directions* (2002). Cita un informe reciente de la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions en que se sugiere la necesidad de que se cumplan cuatro condiciones para la promoción de la calidad en el trabajo y el empleo: la seguridad, la salud y el bienestar, el desarrollo de habilidades y capacidades y la conciliación entre la vida laboral y la no laboral.

Otra línea de preocupación significativa la hallamos en el ámbito de la atención sanitaria, donde se está tomando conciencia de la necesidad de diferenciar el cuidado de la cura (Jecker y Self, 1997). Concretamente en el Global Report: *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* de la Organización Mundial de la Salud (2002), se advierte que el sistema sanitario se organiza en torno a un modelo agudo y esporádico que ya no es válido. Se han desatendido los problemas de salud más prevalentes (diabetes, asma, corazón, depresiones) que se caracterizan por requerir una dedicación extensiva y contacto regular con el cuidador o la cuidadora. En el informe se advierte que el cuidado de la salud debe alinearse con las prácticas laborales, buena parte del cuidado no consiste en facilitar atención directa a la persona, sino en asegurar contextos laborales seguros. En este informe se cuestiona la dicotomía persona cuidadora/cuidado, dado que atribuye responsabilidad en el cuidado de su salud al usuario o usuaria de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, en el informe se asigna un papel básico a la familia, entendiéndose no obstante, que requiere del apoyo y servicios de la comunidad. En otra línea de trabajo en materia de cuidados sanitarios se centra en el estudio de la hospitalización evitable, y la desmedicalización del cuidado de la salud.

Podemos constatar que el cuidado social es objeto de preocupación especialmente a partir de la década de 1990. Según se explica en el informe SOCCARE se debe a que se ha comprendido que el modo de cuidar de los niños y niñas y los viejos y viejas es un componente básico de toda sociedad, y la caracteriza. Sospechamos que la actitud de las mujeres, y su determinación a tener una posición propia en el mundo ha sido el principal detonante de este estado de conciencia. Se ha comprendido lo importante que es el cuidado de los viejos y viejas y de los niños y niñas precisamente cuando las mujeres denuncian el irresponsable abandono de esas tareas a alguien a quien por hacerlas se le niega el estatuto de ciudadana.

---

En lo que se refiere a la producción teórica feminista, los últimos años han sido testigo del desarrollo de importantes trabajos en ámbitos que sólo recientemente han sido objeto de interés para el feminismo, como la filosofía política, la ética o la teoría de la justicia. Hay una coincidencia casi generalizada en establecer una asociación estrecha entre el cuidado y el género, tanto por el hecho de que es el tipo de trabajo que realizan las mujeres, como por el tipo de cualidades que se tienen o se desarrollan con esta actividad, son ejemplos representativos de esta visión los trabajos de Gilligan (1982), Noddings (1984), Benhabib (1990 y 1992), Bubeck (1995), Sevenhuijsen (1998 y 2000). También hay autoras que se resisten a reivindicar la ética del cuidado como femenina, entendiendo que hay evidencias de todo signo respecto de la asociación entre género y cuidado ya que el cuidado no es necesariamente una actividad beneficiosa sino que se puede causar daños (Ward, 1995). En cuanto a la relación entre cuidado y género es el resultado de una asociación más profunda y general ya que el cuidado es una actividad característica de los colectivos desfavorecidos y las cualidades, actitudes personales, y orientación ética propias del cuidado se hallan en colectivos, como los afroamericanos o personas con niveles socioeconómicos bajos (Cancian, 1986) (Moody-Adams, 1991). También se señala que es retórico tomar a las mujeres sólo como cuidadoras o sólo como víctimas (Spelman, 1991). Finalmente, hay autoras que proponen extender a toda la sociedad la ética del cuidado, generalizar las relaciones maternas a la esfera pública (Held, 1990), o que consideran que asociar el cuidado al género tiene el doble efecto de devaluar el cuidado y también el género, por lo que se reivindica que el cuidado sea un principio ético universal en el que se encuadre la justicia (Tronto, 1987 y 2002), o que asocian cuidado y justicia defendiendo la necesidad de "juzgar con cuidado" (Sevenhuijsen, 1998), o que rechazan el *a priori* de la separación entre justicia y cuidado, incluso hallamos quien niega esa separación afirmando que las actividades de cuidado exigen aplicar reglas de justicia en el reparto de las atenciones cuando se producen conflictos sobre quién tiene prioridad en recibir cuidados (Bubeck, 1995). Las argumentaciones de Bubeck en el sentido de señalar la confluencia entre justicia y cuidado, la explotación que comporta el trabajo de cuidado, la diferencia que existe entre la provisión de los cuidados y los servicios, la necesidad de socializar los cuidados, y la necesidad de que penetren consideraciones universales, científicas y profesionales en los mismos, no pueden dejarse de lado.

Por uno u otro camino hoy se coincide en la necesidad de poner sobre el tapete el cuidado y la ética del cuidado de un modo que se acerca a la importancia concedida en las democracias modernas a la ética del trabajo y de la justicia. El cuidado es una prueba de fuego de la democracia.

¿DE QUIÉN SON RESPONSABILIDAD  
LAS PERSONAS DEPENDIENTES?  
¿DE QUIÉN SOMOS  
RESPONSABILIDAD CUANDO  
SOMOS DEPENDIENTES?

Cada vez es más obsoleta la concepción dominante del ciudadano. La ficción de una sociedad constituida por individuos libres e iguales no es verosímil, ni como hecho ni como proyecto. Porque los ciudadanos no nacen adultos, ni se mueren gozando de plenas facultades, ni tienen una salud de hierro, ni se les puede garantizar que gozarán de condiciones físicas y psíquicas habilitantes para hacerse cargo de su vida. La dependencia en sus diversos grados forma parte del debate sobre la ciudadanía. Ya no se puede continuar sosteniendo que el ciudadano es un individuo, noción esta que nos remite a una fantasía autosuficiente.

El ciudadano es autosuficiente y dependiente, las dos cosas a la vez, por más que hay períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia y otros en que lo prevalente es la dependencia. Por tanto, la discusión sobre cómo abordar los hechos relativos al cuidado de los dependientes es el encuadre imprescindible de la reflexión sobre la democracia, no es algo que corresponda a la esfera privada. El desplazamiento a la esfera privada las cuestiones relativas al cuidado, ha sido una maniobra para sostener la ficción de que el ciudadano es autónomo, autosuficiente, y establece relaciones contractuales. Ese desplazamiento es síntoma de que se ha hecho dominante una de las concepciones de la democracia: la liberal. Para el comunitarismo, en cambio, la vinculación, la solidaridad, el deber y la responsabilidad ocupan el centro del escenario. Queremos ser libres, de eso no hay duda, el problema es que no es posible, porque somos carentes y necesitados y por ello sujetos a deberes y obligaciones. El abordaje del cuidado puede ayudar a trazar un ideal de libertad que no pierda de vista que dependemos unas personas de otras, y por tanto el individuo sólo lo es si hay una comunidad que le dé soporte.

La noción que todavía es vigente de ciudadano respondía a las preguntas con que se abre este apartado diciendo que cada cual se ocupe de sus dependientes, y dando por hecho que los ciudadanos nunca son dependientes. Cada ciudadano tiene un número de dependientes que tutelar y una cuidadora para que les atienda. Solución esta tremendamente autoritaria, solo que vestida con ropajes de pretendido liberalismo, ya que sólo es viable con una organización autoritaria de las relaciones interpersonales en forma de familia nuclear fusional. El que pretenda ser ciudadano libre no tiene más remedio que casarse y conseguir así un ama de casa, quien no pueda aspirar a ser ciudadana no tiene más remedio que buscarse un ciudadano que la aprovisione y la defienda. Quien pretenda asumir las responsabilidades de cuidado a la par que una posición de ciudadana tendrá que afrontar un reto imposible, ya que se encontrará con el problema de cubrir dos puestos de trabajo en dos espacios distintos, con exigencias distintas e incompatibles. De ahí que el debate sobre el cuidado surja a la par que el debate sobre la mal llamada conciliación entre vida laboral y familiar. Pero el problema no es cuestión de mera buena voluntad conciliadora de

---

las partes, sino que es una característica estructural de nuestra sociedad. La solución de la división sexual del trabajo es injusta para las mujeres porque implica su muerte social y civil, y es injusta para los dependientes porque, en la práctica, las responsabilidades del cuidado sólo recaen sobre la colectividad de un modo subsidiario. Quien no tenga una familia que se ocupe de él o de ella, además de dependiente es un fracaso, una anomalía, algo sospechoso, peligroso, a controlar, a esconder, y como tal se sitúa bajo la tutela y control del Estado.

El problema del cuidado es de todos y cada uno de nosotros y nosotras, como lo es el de la producción de bienes. Todos y todas somos objeto de cuidados y cuidamos, todas y todos somos productivos y consumimos o usamos nuestras producciones. Se trata de un problema con una pluralidad de dimensiones, el compromiso ético de cada persona, la substitución del mecanismo de mercado para la toma de decisiones sobre la vida económica por la participación democrática de las trabajadoras y los trabajadores en la dirección de las empresas, el cambio de estilos de vida, la transformación de la subjetividad de un modo que sea incompatible con soluciones autoritarias como las actualmente vigentes.

Socializar el cuidado es hacer de las cuestiones relativas a la dependencia materia de interés público. ¿Pero cómo afrontar el debate cuando hay diferencias tan marcadas de poder? ¿Podemos pensar que las decisiones sean el resultado del intercambio de argumentos hasta encontrar las mejores razones (20) para actuar de un modo o del otro? Y sobre todo, ¿cómo abordar el debate cuando buena parte de quienes se benefician o padecen los acuerdos muchas veces no están en condiciones físicas o psíquicas de participar en el debate? ¿Podemos pensar que quien no está comprometido en tareas de cuidado tiene la sensibilidad, experiencia y compromiso suficiente como para aportar soluciones responsables? Y finalmente ¿de qué volumen es el esfuerzo colectivo que estamos dispuestos a hacer con tal de garantizar la mejor calidad de vida para las personas que se encuentran en situación de dependencia?

En el problema que abordamos intervienen muchas variables y por tanto las soluciones han de ser necesariamente complejas, tentativas, sometidas al ensayo y el error. Dado que hay que introducir la posibilidad del error en el modelo, requieren de un debate abierto y democrático, para que quienes sufren las consecuencias de los posibles errores sean las mismas personas que los cometen, y no como ocurre en la actualidad que en cuestiones de cuidado, unas personas cometen los errores y otras los sufren. En cuanto a las instancias que intervienen o pueden intervenir en la provisión del cuidado hay una pluralidad de posibilidades, como también en cuanto a las formas de abordarlo, y no es lo mismo hacerlo desde el plano microsocial que desde el macrosocial. Mary Daly y Jane Lewis conceptualizan el problema en el cuadro que se presenta a continuación, donde se evidencia la diversidad de factores que intervienen y aspectos a considerar.

---

(20) Tal como lo propone Habermas.

---

## Elaboración del concepto de cuidado social

	<b>NIVEL MACRO</b>	<b>NIVEL MICRO</b>
Referencia conceptual	División del cuidado (trabajo, responsabilidad y coste) de niños/niñas y personas ancianas o personas adultas enfermas, entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad	La distribución del cuidado (trabajo, coste y responsabilidad) entre individuos en la familia y la comunidad y carácter del soporte aportado por el Estado para el cuidado y las y los cuidadores
Empíricamente indicada por	<ul style="list-style-type: none"><li>• La infraestructura del cuidado (servicios y dinero en efectivo)</li><li>• La distribución de la provisión entre sectores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quién realiza el cuidado</li><li>• Quién es la persona receptora del cuidado o beneficiaria de los servicios disponibles</li><li>• Qué tipo de relaciones existen entre la persona donante y la receptora de los cuidados</li><li>• Bajo qué condiciones económicas, sociales y normativas se lleva a cabo el cuidado</li><li>• Los patrones de actividad económica de las mujeres en edad de cuidar</li></ul>
Trayectorias de cambio	Más/menos: Estado Mercado Familia Comunidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambio en la distribución de la actividad de cuidado</li><li>• Cambio en la identidad de las y los cuidadores</li><li>• Cambio en las condiciones bajo las que se lleva a cabo el cuidado y la naturaleza del papel del Estado en las mismas</li><li>• Cambio en las relaciones entre la persona donante de cuidado y la receptora</li></ul>

---

Fuente: Daly y Lewis (2000: 287)

Probablemente, una cuestión previa sea acordar qué es lo que la gente obtiene o debe obtener de los servicios que recibe. Concretamente, el gobierno laborista, que se apoya conceptualmente en la propuesta de “tercera vía” de Giddens, se decanta por la promoción de la independencia. El Departamento de Salud, elaboró el “Libro Blanco de la Modernización de los Servicios Sociales” (1998) (21). En el caso de las y los discapacitados, éstos relacionan la independencia con la autonomía y no tanto con la autosuficiencia o la capacidad. Por ello dan una gran importancia al control de los servicios que reciben, quieren que quienes les cuiden sean personas de su elección, y que estén conectadas con ellas y ellos en las actividades cotidianas, cosa que contribuye a que

---

(21) Mencionado en Vernon y Qureshi (2000).

---

no se sientan invadidos. Prefieren servicios flexibles no programados de manera estricta. Muestran preferencia por ser ellos y ellas quienes controlen el pago del servicio, y en cuanto al grado de ayuda, hay una gran variabilidad de respuestas. Este tipo de posiciones sobre el cuidado en el caso de personas con disminuciones físicas se repite en distintos estudios. En un trabajo sobre el comportamiento de las y los cuidadores (Thompson et al., 2002), se observa que no importa tanto lo que hacen los cuidadores y cuidadoras, como el modo en el que lo hacen.

Además de la independencia, hay otra guía de actuación, evitar el segregacionismo de las personas que requieren cuidados, cuestión esta de particular relevancia en el caso de las y los viejos. Desde posiciones de gerontología crítica se considera que los viejos y las viejas se hallan sometidos a limitaciones estructurales de clase, género y etnia, no es lo mismo envejecer como mujer que como hombre, con recursos culturales y económicos que sin ellos. Se constata que uno de los problemas más graves de carácter general es la falta de sentido de su vida, y el sentido de duda e incertidumbre, por lo que no se trata tanto de evitar su institucionalización, como de proveerlos de nuevos rituales y símbolos que faciliten la trayectoria del curso vital, por lo tanto de incorporar como aspecto importante de la socialización los hechos relativos al proceso de envejecimiento. A nuestro entender, la práctica del cuidado, sin negar la importancia de dotarse de rituales para el tránsito por cada etapa de la vida, es la mejor vía de socialización y elaboración emocional el hecho de que somos personas precarias, necesitadas y moriremos.

Hay coincidencia a nivel europeo en considerar que el cuidado es parte integral de un proceso complejo de prácticas. Este planteamiento se hace especialmente evidente en el caso de la atención infantil. En el caso de las niñas y niños el cuidado y la pedagogía caminan de la mano, y de hecho confluyen también con la sanidad (Ewijk et al. 2002). El cuidado debe conducir a la autosuficiencia, pero la inclusión de criterios pedagógicos en el cuidado de los niños y niñas implica combinar ideales de una buena vida, comprensión de los individuos y grupos y de sus recursos y necesidades, y finalmente comprensión de los recursos sociales, valores y demandas.

#### 4.2

#### LA CONCEPCIÓN DOMINANTE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO INDICADOR DE RESISTENCIA A LA SOCIALIZACIÓN DEL CUIDADO

El sexismo ha penetrado hasta tal punto los estilos de vida y las conciencias que incluso algunos aspectos de las respuestas críticas pueden contribuir a reforzarlo. Sólo a título de ejemplo nos referiremos a la denominada violencia de género, con algo menos de extensión de la que se merece. Nos limitaremos a señalar las contradicciones que aparecen en el tratamiento del problema. Como sabemos, ha sido en los últimos años cuando la relación familiar ha salido del ámbito íntimo al público. Se puso en la palestra para hablar del trabajo doméstico, y posteriormente para evidenciar que el hogar no es sólo un lugar en el que refugiarse, sino un sitio del que en ocasiones hay que escapar. Las relaciones familiares pueden llegar a ser dañinas, y el amor no es el único

---

vínculo que une a los miembros de la familia, el rencor, el resentimiento también son moneda común. Cuando se adquiere conciencia de ese problema, particularmente de la mano del movimiento de mujeres, se empieza a denunciar lo que en un primer momento se denomina maltrato doméstico. Pero esta denuncia no se hace con la voluntad de contemplar las diversas formas y sujetos que puedan intervenir en situaciones de daño, sino que únicamente reciben atención privilegiada los malos tratos de los hombres hacia las mujeres.

También de la mano del movimiento de mujeres, lo que inicialmente se denomina maltrato doméstico se empieza a denominar violencia de género. Con esta expresión se indica la intervención de factores estructurales. A pesar de ello, en contradicción con el enfoque estructural, no se aborda el problema en términos de relaciones entre las personas componentes de la unidad familiar, considerando la "relación de maltrato" y no simplemente el hecho de que se produzca. A lo que se presta atención es a la conducta de los hombres, la cual se toma como resultado de intenciones y por tanto fundamentalmente voluntaria, lo que orienta la intervención a las medidas policiales, o bien se interpreta como el resultado de estados emocionales, lo cual lleva a la intervención psíquica. El maltrato queda reducido a un problema de delincuentes o enfermos mentales. En cualquiera de los dos casos es considerado como un hecho individual y no como el efecto del tipo de relaciones en que se accede al estatuto de ciudadano en calidad del cabeza de familia, y la familia que forma parte del ámbito íntimo del ciudadano, es fundamentalmente autoritaria. Al ser el hombre el principal responsable del mantenimiento de la familia se halla situado en una posición de poder respecto de la mujer y los hijos e hijas, y eso ocurre en un espacio reservado, donde no se pueden producir intromisiones.

Si entendemos que las relaciones hombre/mujer están estructuradas por la división sexual del trabajo hemos de admitir que las conductas del hombre y de la mujer son en parte voluntarias y en parte inducidas estructuralmente. ¿Qué sentido tiene entonces fijar la atención en las expresiones más virulentas del sexismo, centrándose sólo en los casos en que la violencia pone en peligro la vida de la mujer? Si la violencia tiene carácter estructural ¿por qué se esgrime una cifra de muertes que no alcanza el centenar cada año para reclamar medidas drásticas o algo tan peligroso como medidas legales excepcionales? (22) ¿De qué modo mejora las condiciones de vida de las mujeres en su conjunto el hecho de que se castigue duramente a unos cuantos maltratadores si se dejan de lado las condiciones que hacen posible el maltrato? Desgraciadamente no creemos que deba tomarse la respuesta social que está teniendo el maltrato a mujeres como un indicio consistente del rechazo del sexismo. De hecho, los maltratadores que son objeto de tanta atención no son patriarcas en pleno ejercicio de su poder familiar, sino hombres que ven socavado su poder en la familia. ¿Qué indica el encarnecimiento con el que se exigen medidas contra ellos? ¿Qué in-

---

(22) Sugeriría que contrapusiéramos esa cifra a las muertes que generan las dictaduras, el coste en muertes del franquismo, la dictadura de Pinochet o la dictadura argentina. O que tomáramos en consideración las muertes en accidentes de tráfico o los mal llamados accidentes laborales.

---

dica el hecho de que se exprese el rechazo desde todo tipo de posiciones ideológicas, incluso por parte de los defensores del patriarcado?

Las razones manifiestas no requieren interpretación: el rechazo del maltrato a las mujeres, la repugnancia moral que causan tales situaciones. ¿Pero qué podemos decir respecto de lo latente? Sospechamos que esas respuestas están respaldadas por una mezcla confusa de razones, intereses y emociones. Por una parte, al rechazar tan virulentamente a los hombres que llevan el maltrato al límite, se están tomando medidas, no contra el patriarcado, cuyas bases estructurales quedan intactas, sino contra aquellos hombres que lo hacen evidente, que son precisamente los que han perdido el poder patriarcal. No se rechaza que los hombres ejerzan violencia contra las mujeres, sino que se trata de evitar que sus formas más extremas sean visibles, y pudieran llevar a hacer una reflexión general sobre el carácter de las relaciones mujer/hombre.

Por qué cuando se habla de violencia de género, sólo se toma en consideración el ejercicio de la violencia por parte de los hombres. Pensamos que de ese modo favorecemos a las mujeres cuando lo que hacemos es perpetuar su papel como cuidadoras de la sociedad y de sus miembros. De lo que se trata es de evidenciar los problemas que genera la división sexual del trabajo sobre las actividades no sólo de provisión y protección sino también de cuidado. Venimos repitiendo que no se puede separar el maltrato del cuidado, ni la cura del daño. Hemos insistido también en que quien ocupa la posición de sujeto en una relación es también objeto de la misma, no se es sólo sujeto o sólo objeto. Por tanto, todo indica que el maltrato entre los miembros de la familia no sólo es posible, sino que también es probable. Sin embargo, en una sociedad sexista, en que las prácticas sociales conducen a la muerte civil de las mujeres dado que no cuentan, nos guardamos mucho de decir que las mujeres pueden ser dañinas en sus relaciones. Evidentemente, podemos interpretar esa resistencia a considerar que las mujeres pueden maltratar como expresión de gratitud de todos los cuidados recibidos, o del miedo retrospectivo al poder de las mujeres como cuidadoras. Pero nuevamente hay un elemento latente. ¿Qué pasaría con la división sexual del trabajo si admitiéramos que gran parte del maltrato en las relaciones interpersonales va de la mujer a las personas objeto de sus cuidados: las criaturas, los viejos y viejas y las personas enfermas? Resistimos a contemplar la posibilidad de que las mujeres, además de cuidar pueden causar daño y sufrimiento en el ejercicio de las tareas familiares que se les han asignado socialmente, es un modo de no poner en cuestión que la mejor solución para la atención de las personas dependientes sea la división sexual del trabajo y el desplazamiento a la esfera privada de este tipo de responsabilidades. Si resultara que las mujeres también causan daño, y resulta que lo causan allí donde el vínculo interpersonal es supuestamente el amor, sería una exigencia social inexcusable sacar de la esfera privada las tareas de cuidado y convertirlas en una cuestión pública, en un problema social. Mientras las tendencias no se modifiquen podemos anticipar que la forma de maltrato más frecuente y silenciada sea el maltrato de las mujeres a los viejos y fundamentalmente viejas a su cargo. ¿Cómo podemos esperar que se comporte quien es rechazada social y económicamente por dedicar su vida al cuidado de las demás personas?



5.

## *Algunas consideraciones finales*

Cuidado y sexismo van de la mano, la eliminación del sexismo y la socialización del cuidado también. En el doble sentido de hacer sensibles no solo a las mujeres y también a los hombres a las necesidades de cuidado, y en el sentido de tomar como una cuestión colectiva la atención de las personas que no pueden valerse por sí solas. El sexismo que origina la muerte social de las mujeres también genera sufrimientos colaterales a la población en su conjunto. Por tanto, no se trata de un problema sectorial, que afecte a las mujeres, sino que afecta a las bases mismas de la sociedad. Pero todas estas cuestiones no soportan soluciones únicas. Tampoco se puede abordar la discusión con un planteamiento individualista de la democracia, donde las decisiones se toman supuestamente sumando los votos individuales, de un modo similar a cómo se toman también supuestamente las decisiones sobre la asignación de los recursos, en función de la demanda. En primer lugar, donde hay relaciones de poder, control de los medios de comunicación, acceso restringido a los recursos que permiten hacer públicas las distintas opciones políticas, gobierno autoritario de la economía por parte de los grandes poderes transnacionales, es ingenuo pensar que las decisiones sean el resultado de la suma de opiniones equivalentes las unas a las otras. En segundo lugar, el pluralismo en las opciones ha de tener necesariamente un límite, no es verdad que cualquier opción sea igualmente válida, ni que sea posible construir un sentimiento de comunidad social suficientemente consistente como para afrontar con generosidad los problemas del cuidado sin una identidad común que nos proporcione ese sentimiento de pertenencia social.

Esa identidad, en tanto que seres racionales y éticos, exige manifestar una concepción de la buena vida donde quepa la conciencia de la precariedad humana y el compromiso de garantizar conjuntamente las condiciones de nuestra integridad personal (23), y en cambio no quepa el sexismo, y no haya espacio para extender las relaciones de dependencia más allá de los límites que nos marcan nuestras capacidades físicas, psíquicas y emocionales.

El mito fundador de la vida social es un acuerdo, no entre individuos autónomos, sino entre personas con un grado de madurez suficiente como para tener presente que la autonomía y la libertad son aspiraciones que requieren orientar la vida a la satisfacción de necesidades radicales (24), aquellas que no pueden ser satisfechas en un mundo basado en la subordinación y la dependencia, que guían a la gente hacia ideas y prácticas que abolen la subordinación y la dependencia, que por reclamar satisfacción cualitativa, constituyen lo único idiosincrásico de la persona singular y también de las comunidades.

---

(23) Tomo esta idea de moralidad de Honneth (1997).

(24) Seguimos a Agnes Heller (1996) en la concepción de necesidad racial que utilizamos.

---

En una comunidad de personas cuidadoras, el egoísta es el rey, en una comunidad de personas provisoras y protectoras, el cobarde y el gandul son los reyes. Ese es el territorio de la explotación cuando cada miembro de la comunidad no participa de los ideales morales y quienes participan de ellos no están organizados para hacer de la provisión y el cuidado ley vinculante para todos y todas, mujeres y hombres. La defensa de esos ideales morales requiere reforzar el ámbito público, un Estado guiado por la voluntad de perfeccionar la sociedad y una ciudadanía política y económicamente participativa, donde quepan los derechos y deberes grupales como contrapeso de las aspiraciones individuales.

## Bibliografía consultada

- Benhabib, Seyla, "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", *Isegoría*/6, 1992.
- , "El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista Benhabib", en Benhabib, Seyla y Cornell, Drucilla (eds.), *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Ed. Alfons el Magnànim, 1990.
- Bubeck, Diemut Elisabet, *Care, Gender, and Justice*. Oxford, Clarendon Press, 1995.
- Butler, Judith, "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista", *Debate Feminista*, vol. 18, oct. 1998.
- , *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid, Cátedra, 2001.
- Cancacian, Francesca M., "The Feminization of Love", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 11, nº 4, 1986.
- Card, Claudia (ed.), *Feminist Ethics*. Lawrence: University Press of Kansas, 1991.
- Daly, Mary y Lewis, Jane, "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51:3, 2000.
- Dominelli, Lena y Ollins, Tim, "Men, power and caring relationships", *The Sociological Review* vol. 45, nº 3, 1997.
- Donzelot, Jacques, *La policía de las familias*. Valencia, Pre-textos, 1979.
- Ewijk, Hans van, et al. *Care Work in Europe. Current understandings and future directions*. WP3 Mapping of Care Services and the Care Workforce. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Peter Moss (editor), Thomas Coram Research Unit. Institute of Education University of London. Abril de 2002.
- Freud, Sigmund, "Introducción al narcisismo". *Obras Completas*. Madrid, Nueva Visión, 1974.
- Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1982.
- Held, Virginia, "Mothering versus Contract", en Jane J. Mansbridge (ed), *Beyond Self Interest*. Chicago, Chicago Press, 1990.
- Heller, Agnes, *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona, Paidós, 1996.
- Heyman, Hody, "Can Working Families Ever Win?" Helping parents succeed at work and caregiving", *Boston Review*, Febrero/Marzo 2002.
- Honneth, Axel, "Recognition and Moral Obligation", *Social Research*, vol. 64, 1, 1997.
- Izquierdo, María Jesús, "El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género", *Intercambios, Papeles de psicoanálisis*, 10. 2003.

- 
- , "¿En qué consiste la masculinidad?: De lo privado a lo público, de lo personal a lo relacional, de lo psíquico a lo social". *Reunión de Masculinidad y Políticas Públicas*. PUEG. UNAM Cd. de México. 25 al 27 de noviembre de 2002.
- , "La dimensión social de la participación política". Ochenta Aniversario de la constitución de *Emakume Abertzale Batza*. Palacio de Congresos Kursaal, Donostia 15 de junio de 2002.
- , *Sin vuelta de hoja. Sexismo: Placer, poder y trabajo*. Barcelona, Ed. Bellaterra, 2001.
- , "Razón y sentimiento en las relaciones de pareja: ¿Del contrato al diálogo?", Congreso *Los hombre ante el nuevo orden social*. Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer). Centro Kursal Elkargunea. Donostia 13 al 15 de Junio, 2001.
- , "Visibilidad y legitimidad de las mujeres como colectivo social", Jornadas *Transmitir, valorar y reconocer la experiencia de las mujeres*. Instituto Vasco de la Mujer. Vitoria, 26 Junio. Vitoria. 2000.
- , *Cuando los amores matan. Cambio y conflicto en las relaciones de edad y de género*. Madrid, Ed. Libertarias, 2000.
- , *El malestar en la desigualdad*. Madrid, Cátedra, 1998.
- , "El dret al treball per a les dones en el marc de la Constitució de 1978". *Segona Universitat d'Estiu de la Dona*. Barcelona, Institut Català de la Dona, 1995.
- Jecker, Nancy S. y Self, Donnie J., "Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine". Otoño de 1997. <http://www.cariboo.bc.ca/ae/php/phil/mclaughl/students/phil433/jecker.html>
- Klein, Melanie, *Envy and gratitude: a study of unconscious*. London, Routledge, 2001.
- Kröger, Teppo, *Comparative Research on Social Care. The State of the Art*. <http://www.uta.fi/lai-tokset/sospol/soccare/reports.htm>
- Lasch, Christopher, *La cultura del narcisismo*. Barcelona, Ed. Andrés Bello, 1999.
- Mingione, Enzo. *Las sociedades fragmentadas. Una sociología de la vida económica más allá del paradigma de mercado*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1993.
- Moody-Adams, Michele M., "Gender and the Complexity of Moral Voices", en Card, C. (ed.), *Feminist Ethics...*
- New, Caroline, "Man Bad, Woman Good? Essentialisms and Ecofeminisms", *New Left Review*, nº 216, 1996.
- Noddings, N., *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley, University of California Press, 1984.
- Oldman, Christine, "Deceiving, theorizing and self-justification: a critic of independent living", *Critical Social Policy*, 23:1, 2003.

- 
- OMS, Global Report: *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Noncommunicable Diseases and Mental Health, 2002.
- Pateman, Carole "A Comment on Johnson's Does Capitalism Really Needs Patriarchy?", *Women's Studies International Forum*, vol. 19 nº. 3, 1996.
- , *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos, 1995.
- Ricoeur, Paul, *Amor y justicia*. Madrid, Caparrós, Ed., 1990.
- Rorty, Richard, *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona, Paidós, 1991.
- Spelman, Elizabeth V., "The Virtue of Feeling and the Feeling of Virtue", en Card, C. (ed.), *Feminist Ethics...*
- Sevenhuijsen, Selma, *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*. Londres, Routledge, 1998.
- , "Caring in the third way: the relation between obligation, responsibility and care in Third Way discourse", *Critical Social Policy*, 2000, 20:1.
- SOCCARE Project. Report 1. European Commission, Brussels, 2001. <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/reports.htm>
- Thompson, Suzane et al., "Caregivers of stroke patient family members: behavioral and attitudinal indicators of overprotective care", *Psychology and Health*, 17:3, 2002.
- Tronto, Joan "The Value of Care A Response to Can Working Families Ever Win?". *Boston Review*, febrero/marzo, 2002.
- , "Beyond Gender Difference to a Theory of Care", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 12, nº 4, 1987.
- , *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, Routledge, 1994.
- Walby, Sylvia, *Patriarchy at Work, Patriarchal and Capitalist Relations in Employment*. Cambridge: Polity Press, 1986.
- Ward, Dana, "Escuchando voces. El mito de los juicios de género". *Psicología Política* nº 10, 1995.
- Williams, Fiona, "In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care", *Critical Social Policy*, 2001, 21:4.
- Young, Iris M., "Las cinco caras de la opresión", en *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid, Cátedra, 2000.
- , "Imparcialidad y lo cívico público. Algunas implicaciones de las críticas feministas a la teoría moral y política", en Benhabib, Seyla y Cornell, Drucilla, *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia, Ed. Alfons el Magnànim, 1990.

---

MARCELA LAGARDE Y DE LOS  
RÍOS  
Antropóloga feminista. México

*Mujeres  
cuidadoras:  
entre la  
obligación y  
la satisfacción*



---

*Cuidar* es en el momento actual, el verbo más necesario frente al neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa. Y, sin embargo, las sociedades actuales, como muchas del pasado, fragmentan el cuidado y lo asignan como condición natural a partir de las organizaciones sociales: la de género, la de clase, la étnica, la nacional y la regional-local.

Así, son las mujeres quienes cuidan vitalmente a *los otros* (hombres, familias, hijas e hijos, parientes, comunidades, escolares, pacientes, personas enfermas y con necesidades especiales, al electorado, al medio ambiente y a diversos sujetos políticos y sus causas). Cuidan su desarrollo, su progreso, su bienestar, su vida y su muerte. De forma similar, mujeres y hombres campesinos cuidan la producción y la tierra y las y los obreros la producción y la industria, la burguesía cuida sus empresas y sus ganancias, el libre mercado y hasta la democracia exportada a países ignorantes.

La condición de cuidadoras gratifica a las mujeres afectiva y simbólicamente en un mundo gobernado por el dinero y la valoración económica del trabajo y por el poder político. Dinero, valor y poder son conculcados a las cuidadoras. Los poderes del cuidado, conceptualizados en conjunto como maternazgo, por estar asociados a la maternidad, no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al ámbito del poder político institucional.

La fórmula enajenante asocia a las mujeres cuidadoras otra clave política: el descuido para lograr el cuidado. Es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son *los otros*. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de *los otros*, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a *los otros*, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de *los otros* sobre ellas.

Las transformaciones del siglo XX reforzaron para millones de mujeres en el mundo un *sincretismo de género*: cuidar a *los otros* a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de *mujeres tradicionales-modernas* a la vez. Mujeres Atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse.

La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio y, al mismo tiempo, la necesidad social y económica de participar en procesos educativos, laborales y políticos para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje.

Así, el deseo de las mujeres es contradictorio: lo configura tal *sincretismo*.

Los hombres contemporáneos no han cambiado lo suficiente como para modificar ni su relación con las mujeres, ni su posicionamiento en los espacios domésticos, laborales e institucionales. No consideran valioso cuidar porque, de acuerdo con el modelo predominante, significa descuidarse: Usar su tiempo en la relación cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con *los otros*. Dejar sus intereses, usar sus recursos subjetivos y bienes y dinero, en *los otros* y, no aceptan sobretodo dos



---

cosas: dejar de ser el centro de su vida, ceder ese espacio a *los otros* y colocarse en posición subordinada frente a *los otros*. Todo ello porque en la organización social hegemónica cuidar es ser inferior.

Algunas tendencias minoritarias se abren paso pero incluso hombres que se pronuncian por relaciones equitativas están más dispuestos a ser amables con las mujeres o sumarse a algunas de las causas políticas del feminismo, que a hacer política feminista.

El cuidado pues está en el centro de las contradicciones de género entre mujeres y hombres y, en la sociedad en la organización antagonica entre sus espacios. El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad. De ahí que, si queremos enfrentar el capitalismo salvaje y su patriarcalismo global, debemos romper con la naturalidad del cuidado por género, etnia, clase, nación o posición relativa en la globalización.

El feminismo del siglo XX ha realizado la crítica del modelo "superwoman" y ha denunciado la explotación de las mujeres a través del trabajo invisible y de la desvalorización de muchas de sus actividades, incluso del trabajo asalariado, de la relativa exclusión de la política y de la ampliación de una cultura misógina simbólica e imaginaria. Ha logrado llevar a la agenda de las necesidades sociales, la violencia contra las mujeres, y ha realizado pequeñas modificaciones jurídicas y legislativas en el Estado. Algunas corrientes contemporáneas ya no reiteran la desigualdad ni la violencia de género y, en cambio acuerdan con la igualdad entre mujeres y hombres y por un mundo equitativo.

Sin embargo, nos queda por desmontar el deber ser, el deber ser cuidadoras de las mujeres, la doble jornada y la doble vida resultante. Y eso significa realizar cambios profundos en la organización socioeconómica: en la división del trabajo, en la división de los espacios, en el monopolio masculino del dinero, los bienes económicos, y en la organización de la economía, de la sociedad y del Estado. El panorama se vuelve complejo si se traslada el análisis con perspectiva de género a las relaciones entre clases sociales y entre países, por ejemplo entre países del norte y del sur, entre los 21 y los otros, etcétera.

Se requieren a la vez, cambios profundos en las mentalidades. Es extraordinario observar cómo la mayoría de las mujeres, aún las escolarizadas y modernas, las políticas y participativas, las mujeres que generan ingresos o tienen poderes sociales diversos, aceptan como un destino, con sus modalidades, la *superwomen*–empresarial, indígena, migrante, trabajadora, obrera.

Con esa subjetividad de las mujeres subordinada a la organización social, a las instituciones como la familia, la iglesia y el Estado, y a los hombres, no estaremos en condiciones de desmontar la estructura *sincrética de la condición de la mujer*, imprescindible para eliminar las causas de la enajenación cuidadora y dar paso a las gratificaciones posibles del cuidado.

La vía imaginada por las feministas y las socialistas utópicas desde el siglo XIX y puesta en marcha parcialmente en algunas sociedades tanto capitalistas como socialistas y tanto en países del primer y del tercer mundo, ha sido la socialización de los cuidados, conceptualizada como la socialización del trabajo doméstico y de la transformación de algunas actividades domésticas, familiares y privadas en públicas. Haberlo hecho ha significado mejoría para la vida de las mujeres, li-

---

beración de tiempo para el desarrollo personal, la formación, el arte, el amor y las pasiones, la amistad, la política, el ocio, la diversión, el deporte y el *autocuidado*, incluso, una mejoría en la calidad de vida y en la autoestima. Es evidente el desarrollo social, cultural y político de las sociedades que así se han estructurado.

Una de las mayores pérdidas de las mujeres de los países que antes fueron socialistas y se han convertido de manera drástica al capitalismo en tiempos neoliberales ha sido la del sustento social que significaba el Estado social para sus vidas. En la actualidad han vuelto a ser su responsabilidad un conjunto de actividades que la transformación socioeconómica ha tornado domésticas, privadas y femeninas. Y lo mismo está sucediendo aún en países capitalistas de alto y medio desarrollo en los cuales se ha adelgazado al Estado de una manera violatoria de los derechos sociales construidos con muchos esfuerzos en gran medida por los movimientos socialistas, obrero y feminista.

La alternativa feminista contemporánea que se abre paso en gran parte del mundo en el siglo XXI tiene sus ojos puestos en la crítica política de la globalización dominada por el neoliberalismo patriarcal de base capitalista depredadora. La opción que busca avanzar en el desarrollo de un nuevo paradigma histórico cuya base sea un tejido social y un modelo económico que sustente el bienestar de las mayorías, hoy excluidas, marginadas, expropiadas, explotadas y violentadas.

Pensamos que sólo una alternativa de este tipo será benéfica para la mayoría de las mujeres, sus *otros próximos*, sus comunidades y las regiones y los países en que viven.

Estas transformaciones de género están circunscritas e íntimamente ligadas a transformaciones equitativas de clase, étnicas y nacionales, enmarcadas en la construcción de naciones con derecho al desarrollo sustentable y en una globalización solidaria y democrática.

De no articularse las transformaciones de género con estas últimas pueden observarse distorsiones significativas como las que se dan en la actualidad: mujeres dotadas de recursos y derechos de género que son ciudadanas de naciones hegemónicas, militaristas y depredadoras de otras naciones y pueblos donde habitan mujeres con las que se identifican en la construcción de sus derechos y oportunidades.

También hay hombres cuya identidad es la de ser avanzados, democráticos y progresistas que no consideran importante la emancipación de las mujeres. Estados que colocan a las mujeres entre los grupos vulnerables y no las miran como sujetos políticos. Países en los que, a través de las acciones afirmativas, por ejemplo las cuotas, todavía negociamos el grado de exclusión política de las mujeres, y se consideran democráticos. Mujeres que piensan que ya lograron todas las metas de transformación de género y no se percatan que "el género" es su categoría social y a ella pertenece la mayoría pobre y cuidadora del mundo: las mujeres.

Por eso, la otra dimensión de esta alternativa feminista es el *empoderamiento de las mujeres* como producto de la construcción de un nuevo paradigma histórico. El *empoderamiento* es el conjunto de cambios de las mujeres en pos de la eliminación de las causas de la opresión, tanto en la sociedad como, sobre todo, en sus propias vidas. Dichos cambios que abarcan desde la subjetividad y la conciencia, hasta el ingreso y la salud, la ciudadanía y los derechos humanos, generan

---

poderes positivos, poderes personales y colectivos. Se trata de *poderes vitales* que permiten a las mujeres hacer uso de los bienes y recursos de la modernidad indispensables para el desarrollo personal y colectivo de género en el siglo XXI.

Todos esos poderes se originan en el acceso a oportunidades, a recursos y bienes que mejoran la calidad de vida de las mujeres, conducen al despliegue de sus libertades y se acompañan de la solidaridad social con las mujeres. La participación directa de las mujeres en la transformación de su mundo y de sus vidas es fundamental y conduce también a la construcción de un mayor poder político y cultural de las mujeres que crean vías democratizadoras para la convivencia social.

El cuidado, ha dejado de ser *para otros* y se ha centrado en las mujeres mismas. La sociedad, en un compromiso inédito cuida a las mujeres, es decir, impulsa su desarrollo y acepta y protege su autonomía y sus libertades vitales. En ellas va incluida la libertad de elecciones vitales, de actividades, dedicación e identidad: Es el fin del cuidado como deber ser, como identidad.

En el siglo XXI ha de cambiar el sentido del cuidado. Hemos afirmado muchas veces que se trata de *maternizar a la sociedad y desmaternizar a las mujeres*. Pero ese cambio no significará casi nada si no se apoya en la transformación política más profunda: la eliminación de los poderes de dominio de los hombres sobre las mujeres y de la violencia de género, así como de la subordinación de las mujeres a los hombres y a las instituciones. Es decir, el *empoderamiento* de las mujeres es un mecanismo de equidad que debe acompañarse con la eliminación de la supremacía de género de los hombres, la construcción de la equidad social y la transformación democrática del Estado con perspectiva de género.

Para la mayor parte de las corrientes feministas contemporáneas la articulación de lo personal con lo social, lo local y lo global conforma la complejidad de nuestro esfuerzo. La idea fuerza en torno al cuidado es la valoración de la dimensión empática y solidaria del cuidado que no conduce al descuido ni está articulado a la opresión.

De ahí la contribución de las feministas: primero, al visibilizar y valorar el aporte del cuidado de las mujeres al desarrollo y el bienestar de *los otros*; segundo, con la propuesta del reparto equitativo del cuidado en la comunidad, en particular entre mujeres y hombres, y entre sociedad y Estado. Y, tercero, la resignificación del contenido del cuidado como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, de cada mujer, esté basada en la vigencia de sus derechos humanos. En primer término, el derecho a la vida en primera persona.

---

SOLEDAD MURILLO DE LA VEGA

Dpto. de Sociología.  
Universidad de Salamanca

*Cara y cruz  
del cuidado  
que donan  
las mujeres*



---

*Cuando mi madre me llamó por teléfono y me dijo los resultados de las pruebas, casi le grité que ahora no podía ponerse mala, estaba metida de lleno en un proyecto. No era el momento más oportuno. Más que eso, me sentía herida, como si fuera absolutamente injusto lo que se me venía encima. Luego tuve que pelear con una herida que nunca cicatriza: la culpa.*

(Fragmento de una entrevista a una ejecutiva de una televisión pública).

*Paciente significa aquel que padece, y etimológicamente viene de sufrimiento. No es el sufrimiento en sí lo que en el fondo más se teme, sino el sufrimiento que degrada.*

"La enfermedad y sus metáforas". Susan Sontag

Comencé a interesarme por los temas del cuidado hace más de diez años, cuando emprendí una investigación para el INSERSO sobre las y los pacientes que sufrían algún tipo de minusvalía. Su objeto era conocer el grado de aprovechamiento de los servicios de fisioterapia que proporcionaba la entidad. Todo transcurría según lo había diseñado el equipo (1); sin embargo, durante los grupos de discusión y las entrevistas, los discursos iban configurando "otro" objeto de investigación: el cuerpo como el territorio clave de la identidad. Un cuerpo medicalizado, advertido sobre los efectos de su falta de movilidad, vigilado en sus síntomas, tutelado por familiares y, especialmente, culpabilizado por las rupturas afectivas ¿cómo se puede emprender el cuidado de uno mismo o una misma, si éste se dirige a un cuerpo que, precisamente y en virtud de su tratamiento (unidimensional), se ha mutado en una fuente de displacer? De este planteamiento surgía la necesidad de emprender una actitud reflexiva sobre las propias prácticas profesionales, cuyos antecedentes formativos no han incluido en sus saberes, los avatares de un sujeto perplejo y obligado a cambiar sus percepciones sobre sí y sobre su entorno. Un sujeto centrado en una constelación de cuidados y cuidadores/cuidadoras, que paradójicamente parecía no querer cuidarse.

Otro dato parecía consignar un sentido de desigualdad, más allá de la propia dolencia: se observaban importantes diferencias en función del género del sujeto que padecía la minusvalía. Los varones experimentaban menos dificultad en mantener una continuidad en su vida afectiva, aunque reorientaran su convivencia adaptándola a sus nuevas condiciones físicas; en cambio, en el caso de las mujeres, las dificultades eran mayores para mantener su matrimonio o noviazgo. Si su minusvalía había sido adquirida en edad temprana la permanencia de las jóvenes con su familia persistía en la edad adulta, en un contexto donde el cuidado se dispensaba acompañado de una sobreprotección que, para evitar "hacerse ilusiones", recordaba una imagen corporal poco propicia para la seducción, al margen del grado real de la minusvalía. De compartir algo hombres y mujeres, además de su discapacidad, era la falta de información sobre su sexualidad, secundarizada por otras prioridades, que de ningún modo se derivaban a otros y otras profesionales.

---

(1) Centro de Estudios y Psicoterapia. EDE. Informe sobre los Efectos del autocuidado. La identidad corporal de los pacientes minusválidos. INSERSO. Madrid, 1986.

---

Sabemos que toda investigación supone descubrir puntos ciegos, los del propio equipo ante el impacto de entrevistar a personas, de las que sólo creíamos que presentaban problemas, para observar una extensa gama de estrategias para que los cuidados de su familia o pareja no lograra asfixiar sus expectativas cotidianas. Los puntos ciegos del sistema sanitario, poco propenso a pensar en lugares que no pueda explorar, como el afecto, el erotismo, puntos claves a juzgar por su tratamiento en las entrevistas y los grupos de discusión, porque sobre ellos parecía gravitar su bienestar.

Posteriormente he compartido espacios de discusión con las y los profesionales del cuidado, así como con equipos de atención primaria, de diversas especialidades (2) donde he podido constatar cómo las prácticas de cuidado abarcan una diversidad infinita de matices y rasgos que implican una permanente interpretación del estado emocional del paciente. Si bien, cuidar implica una complejidad profesional extraordinaria, parece una inercia institucional la invisibilización de estas prácticas, como si procedieran del estilo personal de quien las prodiga y, precisamente por emparentarse con la espontaneidad, carecen de dificultad, además de no requerir saberes especializados para su concreción.

Los cuidados asistenciales quedan subestimados por el paradigma médico, que como todos los modelos deudores de las ciencias naturales se articulan en torno a una interpretación de la realidad en términos de regularidad, medición y contrastación. Sin embargo, todo conocimiento se traduce en un contexto provisto de reglas, donde se juzgan las jerarquías de los saberes y las formas de significar el propio trabajo. Los cuidados asistenciales conllevan la categoría de complemento y no son estimados como un método científico, frente al diagnóstico y la responsabilidad de evolución, que parece recaer sobre la figura del *médico*, con escasas equivalencias respecto a la enfermería, porque a su saber y destreza se suma una demanda a su papel de cuidadora. Pero de esto, hablaremos más tarde.

El desconocimiento sobre los efectos de la atención y cuidado proviene de la frontera entre lo objetivo y subjetivo, sostenida por una fuerte estratificación laboral, sólidamente protegida como para querer saber y, ¡más difícil todavía!, elaborar un protocolo sobre las consecuencias que registra los cuidados en el sistema inmunológico, como subraya la premio nobel Rita Levi Montalcini, y que muchos médicos y médicas saben reconocer para explicar por qué debuta un cáncer, o los pronósticos sobre un o una paciente que parece renunciar a su recuperación.

Referirse al cuidado entraña adentrarse en dos esferas, por un lado la privada, o ámbito de cotidianidad doméstica, donde se practica su administración diaria, en todas aquellas vertientes que

---

(2) Tengo que agradecer a Luisa Alberca, enfermera del Hospital de Alarcos de Ciudad Real, su generosidad para compartir lugares de discusión sobre las relaciones entre cuidador/cuidadora y paciente. Ella ha creado, junto con Francisca Hernández, un lugar de discusión denominado Espacio de Enfermería y CEPYP-UNO, Centro de Trabajo Psicoanalítico ha servido de anfitrión de encuentros entre diferentes disciplinas.

---

sean necesarias para atender a las personas que lo requieran, bien en situación de dependencia, o en situación de fragilidad (cuando acontece una enfermedad) sin que su distribución constituya un tema a debatir entre aquellos sujetos que comparten el hogar, sencillamente se da por sentado que existen diferentes niveles de responsabilidad en función del género de las personas que integran la unidad familiar. Y por otro lado, la esfera pública, en cuanto a lo que supone como coste de sustitución (lo que supone en términos monetarios o en términos de ahorro en el gasto público, depositar en el ámbito femenino familiar, hacer frente a las necesidades del cuidado de las personas dependientes) que las mujeres asuman en primera persona, como responsables de la planificación del cuidado.

Bajo mi esquema hay dos tipos de cuidado, si pudiéramos hablar así, el cuidado gratificante, porque junto con la obligación se experimenta una importante fuente de gratificación (el que se procura a menores, niños y niñas, o bien adolescentes). Mientras que el cuidado que se dedica a la atención para hacer frente a una enfermedad, crónica o aguda, podríamos denominarlo el cuidado asistencial. Es de este último al que me quiero referir para profundizar en sus contradicciones, en cuanto a identificar de dónde procede sus rasgos de obligación (y los efectos –no deseados– que implica: control, proveedor de identidad y derechos no explícitos) Y, por otra parte, quisiera evidenciar que ni siquiera cuando el cuidado adquiere las dimensiones propias de una profesionalidad goza de la misma consideración que aquellas profesiones alejadas del mismo y más cercanas al diagnóstico: en concreto las relaciones existentes entre el personal de enfermería y el personal médico.

1 .

## *Dónde se aprende*

Los cuidados se asignan tempranamente a las mujeres en su ciclo de vida, y permanecen activos como tarea, o responsabilidad, en todo el proceso de reproducción social. Es importante resaltar las diferencias entre ambas. La tarea, mantiene un ámbito de aplicación puntual (tomar la temperatura, acompañar al médico) mientras que la responsabilidad comporta, tanto la asunción de tareas como su planificación. Por eso aunque los cuidados se deleguen, mediante una asignación salarial, o acudiendo a la red familiar (abuelas y abuelos, u otras mujeres) la supervisión corre a cargo de su responsable. Los cuidados se disfrutaban prematuramente –todos y todas nos hemos beneficiado de los cuidados que dispensaban las mujeres de nuestro entorno doméstico–. El ámbito reproductivo se define como el conjunto de condiciones organizativas que posibilitan la supervivencia de los seres humanos, en condiciones grupales de seguridad afectiva. La reproducción social se recrea en el contexto familiar. La familia es el lugar donde se inaugura el aprendizaje, pero también el primer recinto donde se asiste como testigo a las primeras formas del cuidado asistencial. Y sabemos muy bien quién lo dispensaba.

Si yo les invitara a recordar quiénes son las personas que permanecen en casa cuando acontece una enfermedad o contratiempo, posiblemente verán asumir el rol de persona cuidadora a una mujer. En nuestro medio rural, ha sido habitual observar como las hijas mayores, o las menores,



---

pero siempre bajo una invisible elección familiar, han permanecido solteras con el fin de propiciar cuidados en la vejez de sus progenitores y progenitoras. Esta dinámica ha cambiado en función de la movilidad social ascendente que se quiere reservar –también- a las nuevas generaciones de mujeres jóvenes. Y, es especialmente la madre, la figura comprometida en preservar a las hijas de una depositación familiar que podía impedir compatibilizar un itinerario formativo, a costa de hacerse cargo ella en primera persona y tomando a éstas en términos de "ayuda".

Denominarnos hombres y mujeres y actuar como tales, pasa por una progresiva construcción e interiorización de modelos de referencia masculinos y femeninos. El discurso social nos dota de una memoria cuyos ingredientes se gestaron durante la socialización. Entre ellos, los cuidados y responsabilidades van incluidos en la biografía del sujeto. Los símbolos, o metáforas asociadas a un hecho concreto, no dejan lugar a dudas: el dolor está imbricado simbólicamente en el género femenino, desde la maldición bíblica, como necesario en el parto hasta las históricas habilidades femeninas: el tejido, el gobierno del hogar y el cuidado de los hijos e hijas. Para el varón quedaba reservado transformar la naturaleza, el trabajo -con esfuerzo- y su destino de velar -cuidar- por el sustento de su familia. Este cuidado se vuelve especialmente complejo cuando la enfermedad entra en escena.

Cuando aparece la enfermedad hallamos a un sujeto femenino tan volcada en la salud del otro como descuidada en la suya propia. La mejoría o deterioro de aquel que enferma ha ocupado totalmente su pensamiento: no hay lugar para otros contenidos. El cuidado cuando adopta la clave masculina, se sitúa en la otra orilla del significado "cuidado", puesto que se concreta a través de un discurso mediatizado por el saber: las profesiones masculinas de cuidado sí lo atestiguan, pero si nos centramos en el ámbito doméstico, cuando un hombre cuida, siempre se enfatiza su excepcionalidad ¿dónde está aquí el principio de igualdad, en cuanto a las responsabilidades que todos y todas contraemos con las personas mayores del sistema familiar? Una excepcionalidad que puede causar estragos "comparativos" respecto a la mujer responsable del cuidado. Muchas mujeres se sienten escasamente recompensadas, cuando las personas que reciben el cuidado "añoran" la presencia de aquellos hijos (masculino plural) cuyo trabajo les absorbe de tal manera (cuando no se lo impide su sensibilidad) que no hacen acto de presencia durante el proceso de enfermar. Y, menos aún, se ofrecen para arbitrar algún tipo de reparto respecto a las tareas que entraña el cuidado.

2.

## *El tiempo de cuidado*

Según la OIT es particularmente importante para la recuperación de la fuerza física y mental disponer de un tiempo de ocio, claramente diferenciado del tiempo de actividad. Si alguien padece una enfermedad el tiempo de cuidado absorbe el tiempo de descanso: la prioridad es absoluta porque la enfermedad cuando sucede en el dominio hospitalario va acompañada de un fuerte sen-

---

timiento de indefensión. Sobre la mujer que cuida se da cita un concepto de responsabilidad, que escapa a un análisis en función de la variable espacio, o de la variable tiempo. Para empezar, la actuación del cuidado no requiere una plena presencia en el espacio de cuidado, esté dentro o fuera de un hospital, esté cerca o lejos de la cabecera de su cama, sigue cuidando y supervisando el cuidado cuando éste es puntualmente delegado. Los tiempos mínimos de descanso se utilizan para organizar los próximos cuidados o emitir respuestas a la masa de familiares y amigos y amigas que se interesan sobre la evolución de la persona enferma (como si supusiera poca carga, cuando se tiene un tiempo para sí, lo habitual es atender las llamadas de aquellas o aquellos familiares que se interesan -desde la distancia- sobre los progresos de aquella o aquél que está enfermo).

El tiempo de cuidado es máximo, se resiste a una contabilización, puesto que se transforma en actitud: la actitud responsable. Por estos motivos, cuando el cuidado se delega, en cualquiera de sus dimensiones: se ha subcontratado, o bien, se ha buscado una ayuda puntual, este hecho ha sido el origen de un progresivo sentimiento de culpabilidad (una verdadera catástrofe, si durante la ausencia de la responsable, se registra una recaída, una intervención médica de urgencia, o bien el fallecimiento repentino). "Si no has estado en ese momento", todas las secuencias anteriores de atención y asistencia, no sirven para acreditar a la cuidadora como cuidadora responsable. Si bien es cierto, que la responsable del cuidado se ha convertido en una experta en cuanto a los avatares de los que tiene que hacer frente: tablas para la administración de medicación, conocimiento de un código médico que le permita hacer preguntas al facultativo, visitas al centro de salud, sin olvidar todo el repertorio de bienes al servicio de la comodidad del enfermo o la enferma (tipos de cama, cremas para la piel, dietas específicas), la ha colocado en el máximo de la competencia. Y como competente es tratada por las demás personas, lo que puede ser una excelente coartada para impedir un reparto del cuidado.

Situándonos en este escenario, ¿cómo es posible hablar de autocuidado? Un doble salto mortal sin red: buscar tiempo para sí, cuando el cómputo de tiempo diario (sólo disponemos de 24 horas) queda fagocitado por el propio tiempo que devora la enfermedad. Más aún, habría que pensar qué elementos la legitiman para "plantarse" ante la responsabilidad, y pasar a colaborar haciendo "tareas", pero sin asumir la carga global del cuidado. Ante este escenario, resulta oneroso que los servicios de salud, establezcan grupos de apoyo para el cuidador primario (ya saben que el uso del término en masculino no es casual) dado que se trata de una cuidadora responsable. Es decir, que un planteamiento de intervención en la salud, iría de la mano de potenciar el reparto del cuidado, más que en hacer a la mujer todavía más competente en la gestión de la enfermedad.

Quizás por esta razón, me parece que la ética del cuidado, a pesar de haber suscitado una rica discusión, entre el concepto de responsabilidad y la ética de la justicia, ligada a los derechos, como también ha logrado enfatizar, que gracias a esta iniciativa (la ley de tiempos propuesta por el partido comunista italiano, fue la impulsora del término) se logró subrayar la importancia del valor del tiempo afectivo. Un tiempo fuera de la lógica del mercado, tiempo vinculado al mundo de

---

la vida. Sin embargo, registra una fisura en cuanto al énfasis en el reparto de cuidado intrafamiliar. Dado que de colocarlo del lado de la ética (o pensar en el bienestar de todos y todas) el mercado queda liberado de tener que explicar porque rastrea como un perro de caza cualquier signo de cuidado que pudiera darse a corto y largo plazo (desde la primera entrevista de selección, hasta en las decisiones sobre promociones internas). Los empleadores y empleadoras –hombres y mujeres- juzgan duramente la carga de cuidado que pudieran experimentar las mujeres trabajadoras. La ética del cuidado es magnífica como principio, pero en su concreción práctica debe plasmarse en la corresponsabilidad, en la necesidad de elaborar leyes, que ayuden a los hombres a conciliar vida familiar y vida laboral. Fuera de un marco legal, se convierte en una recomendación moral. Y, como toda recomendación moral, está sometida al trato de favor que quieran procurar los hombres y mujeres de la red familiar, donde surja la enfermedad como un tiempo de atención ineludible.

3.

### *El anverso del cuidado: sacrificio versus control*

Amelia Válcárcel nos cuenta que en la conquista de América las mujeres españolas que iban a las Indias para ser casadas con conquistadores, gracias al matrimonio, estos podían tener acceso legal al lote de indios que les era perceptivo. Cuando llegaban éstas veían con espanto que los maridos que les tocaban en suerte eran mancos, tuertos, faltos de una pierna por efecto de la contienda. Además de esposas debían ser lazarillos.

No en vano, las mujeres inauguran una especial relación de cuidado ya desde la propia relación de pareja, cuando deciden (¿quieren, o deben?) hacerse cargo de una situación, donde un sujeto masculino se halla en una situación a la que debe dedicar todas sus energías destinadas a llevar a buen término un proyecto propio. No importa que se trate de superar una prueba (oposición, o meta profesional) ella sabrá mantenerse a la sombra para que el otro pueda concentrarse en una actividad que le resulte vital (un constante aprendizaje resta interacción con los asuntos domésticos). Este mecanismo de retirada, este "como si no estuviera" significa para la mujer no entorpecer. Sin embargo no implica desaparecer (ocuparse de una misma sin dilación) puesto que simultáneamente asume todas aquellas actividades mantenedoras del orden doméstico que precisa aquel que reflexiona, estudia o trabaja *full time*.

Al convertir en hábito el cuidado como una forma de interacción, ésta se agudiza cuando aparece la enfermedad, mutándose en cuidado asistencial. El cuidado está inmerso en la lógica del sacrificio, un sacrificio que puede entrañar –sin pretenderlo- un grado de reconocimiento social. A pesar de que la enfermedad se cronifique, y ésta termine por saquear el tiempo a quien lo prodiga. La filantropía, la entrega, emparentada con la caridad, están imbricadas en el simbolismo del

---

espacio público que les fue concedido a las mujeres. E incluso, su relación con la honestidad de la mujer. A diferencia del sufragio universal, la filantropía podría considerarse como una presencia consentida de las mujeres en el espacio público.

Sin embargo, hay aspectos agazapados bajo el sacrificio, no concebido como un don, sino en su antípoda: como una obligación; obligación que deriva en un potente instrumento de control. Pensemos que el cuidado tiene su anverso, puesto que si el rol femenino ha estado asociado al desprendimiento de sí, a la renuncia, reproducir el papel de "mujer abnegada" hasta la extenuación, bien podría implicar asumir espléndidamente las obligaciones adscritas al género femenino. Lanzo dos preguntas pendientes de contestar ¿cuidar equivale a obtener visibilidad?, y además, ¿qué papel juega el reconocimiento del afuera, del otro?

Me pregunto si existe una elección racional en la asunción del cuidado, y por lo tanto este puede negociarse con otras personas implicadas, dosificarse las atenciones y la presencia; o por el contrario, es imposible desvincularse de una designación de la responsabilidad social inherente a un comportamiento de género. Si la decisión gravita del lado de la obligación, no sería un salto ilegítimo obviar el marco de compromiso y pasar a contemplarlo como un acto voluntario. Curiosamente, este parece ser el aspecto que se interpreta administrativamente en centros educativos de estudios superiores. Por poner sólo un ejemplo: ninguna alumna que tenga responsabilidades de cuidado podrá beneficiarse de un cambio de grupo frente a alguien que presente un contrato de trabajo. ¿Acaso es el cuidado un asunto menos objetivable, que un empleo? Pero el cuidado esconde una gran arbitrariedad, parece revestido de afectos (3).

El cuidado puede volverse incompatible con el ejercicio de la individualidad, no hay lugar para el repliegue (4) en una misma, ni para acceder al tiempo propio, ni como derecho, ni como trato de favor. La excelencia del sacrificio, de la entrega, la renuncia son virtudes femeninas. Cuando las circunstancias son críticas se activan las relaciones de cuidado, pautado como un don, como una entrega incondicional en el discurso social, obligando al que lo recibe, en justa correspondencia, el agradecimiento. El cual conlleva también contraer deudas que no son explícitas del todo. No importa lo que haya sucedido en la biografía de un sujeto, su enfermedad es una cita inexcusable para que todos aquellos que le rodean se interesen por su salud (incluidos aquellos que estaban ausentes de otros acontecimientos vitales de signo más positivo). Siempre es más difícil encontrar

---

(3) Muchas mujeres dicen, "estoy contenta cuidando, quiero a la persona que cuido (padre, madre, suegro, etc.) pero a la vez la culpa les inhabilita para ejercer una redistribución del cuidado.

(4) La soledad, el celoso retraimiento del intelectual moderno a penas en contacto con el universo físico o afectivo, refugiándose en su conciencia subjetiva.

1. Enfrentamiento ortodoxo a la Divinidad. Descartes.

2. Individualismo de la ética protestante. Kant.

3. Individualismo del logro. Weber.

---

un consenso, cuando un individuo apuesta por él mismo (toma decisiones que revierten en él y sólo en él); en cambio la enfermedad otorga legitimidad para interesarse por el otro. Por el otro enfermo.

La sociedad trata el cuidado como un acontecimiento pautado con reglas fijas y difícil de eludir. Escriturar las propias reglas es una tarea a inaugurar entre quien cuida y precisa de cuidados. Dicho de otro modo, ¿si puedo elegir a mi pareja, conforme a mi "propio" criterio; por qué resulta tan complejo, adaptar el cuidado a mi propio esquema vital? Bien, que "me" ayuden, mediante aquellas tareas que sean necesarias para "mi" recuperación, pero existe una gran diferencia entre cuidar y sustituirme en todas las decisiones que "me" conciernen. Por ello, puede llegarse a la paradoja de que resulta muy difícil no dejarse cuidar, teniendo presente la preeminencia de un código de atención que arrincona la apropiación de sí del sujeto. Aquí nos encontramos con que la relación de cuidado mantiene pautas específicas de interacción ¿quién puede planificar cómo desea ser cuidado?

Mientras que el goce individualiza, el sufrimiento y el dolor sujetan, y más aún, desfiguran la individualidad de cada sujeto: pasa a ser un enfermo. Pautar y definir los límites (entendidos como el derecho a decir qué tipo de cuidado se requiere, que privacidad se demanda, que protagonismo se desea tener en las decisiones) es vivenciado como un agravio. Porque, por un lado tenemos una persona volcada en la atención y, por otro, hallamos un sujeto que se beneficia de tal prodigalidad de cuidados.

Por ejemplo, el cuidado asfixiante y, en cierta medida, cronificador de las personas discapacitadas da buena cuenta de ello. Aquellas personas que se relacionan sólo a través del cuidado, pueden ser menos propensas a acompañar en las situaciones de éxito (5) ¿Qué ocurre cuando aquella, que ha renunciado con el calibre de la negación de sí, experimenta el derecho a la reclamación con la proporcionalidad de su entrega? Todos y todas hemos visto a mujeres extenuadas, envejecidas, saqueadas por el cuidado. Este no es un comportamiento masoquista, en absoluto, es el resultado de un pertinaz discurso social que transforma en excelencia lo que implique desprendimiento de sí en las mujeres. Puesto que esta regla no opera en el universo masculino. ¿Cómo denominar el deseo femenino, cuando se incardina en el cuidado de la otra persona? ¿Podríamos hablar de cómo el cuidado aporta sentido a la vida de muchas mujeres, que por seguir fielmente las pautas de género, han llegado a labrar su identidad como cuidadoras?

Al estar socialmente avaladas, todos y todas tenemos experiencias de cuidado, donde quien lo otorga recuerda, en momentos de conflicto, su condición de donante y, por el mismo esquema, señala como persona deudora a quien tuvo que ser cuidado. En esta interacción no se discute la di-

---

(5) El rol de madre está estereotipado para solucionar situaciones de emergencia, aunque celebre con menor entonación otros momentos claves de la vida de hijas e hijos. Esta práctica de "cuidador o cuidadora" cumple un importante papel relativo al papel de "salvador", "víctima" y "verdugo" que refleja la Teoría Transaccional, donde el triángulo de salvación-agresión se articula en torno a situaciones que precisan desplegar una amplia gama de cuidados: la escucha, el acompañamiento, la piedad.

---

mención del que demanda ser necesitado, en la satisfacción de saberse imprescindible (6). Por ello, una relación de cuidado que no desfigure la relación original que hubiera antes de la aparición de la enfermedad, sería una relación sana de cuidado. Dicho en otras palabras, si la persona que es cuidada tiene mal humor, recordarle que su situación no le autoriza a ejercer un abuso de poder, sería una buena estrategia de simetría. De esta manera no tendríamos un cuerpo doliente sin sujeto, sino todo lo contrario, ambos sujetos –el que cuida y el que enferma- deben recordarse mutuamente esta condición. Una condición a rescatar, especialmente, en una interacción de cuidado.

No obstante, sean cuales sean, las características que se den cita en la metamorfosis que opera el cuidado asistencial, es preciso legislar a favor de quienes hayan cargado con el cuidado prologando, asistencial y afectivo de las personas mayores, o con enfermedades crónicas. Resulta obsceno que aquellos sujetos que han obviado su responsabilidad, pretendan vindicar los mismos derechos patrimoniales, conforme a la leyes adscritas a la legitimidad enarbolando su rol de herederos.

4 .

## *Cuidado familiar*

El cuidado ya está escriturado de antemano, se adscribe un responsable, y se vigila su competencia. La constelación familiar exhibe sus mecanismos de delegación y exigencias al desnudo cuando se produce una enfermedad, aguda o crónica.

Frente al enfermo o enferma las metáforas familiares configuran un conjunto de lugares caracterizados por una memoria y una cultura familiar. Cuando alguien enferma la familia cobra una dimensión especial en función de la interpretación que realiza sobre la naturaleza del cuidado, sus pronósticos y su saber experiencial. Con excesiva frecuencia, la identidad del sujeto que requiere cuidado se encuentra en situación de alto riesgo, ya no es tanto él como su dolencia. Entiendo la identidad como la entiende Bajtin, Sartre, Levinas o Blanchot no en el "reconocimiento del tú que me aporta el conocimiento del yo" sino en una identidad constituida por fronteras, en una constante no coincidencia que termina por crear nuestra singularidad; es posible llegar a extinguir el reconocimiento de todos aquellos matices, discursos, que no se incluyan en el proceso de curación. Si a esto le añadimos la inevitable microfragmentación que sufre el cuerpo, cuando debe someterse al tratamiento, el bucle se cierra en aras a optimizar la terapia.

En el estar enfermo ya no existen atributos románticos de la enfermedad (Susan Sontag trata la tuberculosis como un mito en la Enfermedad y sus metáforas) es algo que está ahí, que puede ha-

---

(6) "A veces pienso que una mejoría sería una decepción para mi familia ¿A que es una barbaridad, sobre todo, después de lo que han hecho por mí?". Así se expresaba una minusválida de 27 años en un grupo de discusión, justo cuando empezaba a salir con amigas y no sólo con familiares.

---

berse hecho visible mediante síntomas o que aparece repentinamente en un reconocimiento médico.

En ella, el lenguaje médico de cuya extrañeza no podemos dar cuenta como meros intérpretes sino como sujetos con la máxima implicación. Primer problema de aislamiento: la desconfianza de la persona interlocutora. En las mujeres es particularmente importante una interpretación de sus enfermedades desde el paradigma de lo psicósomático, las que ejercen de cuidadoras invaden los servicios públicos de salud, especialmente en unas edades en que ya han abandonado el cuidado continuado y afectivo de sus miembros.

La identidad es clave, como un fenómeno psicosocial, ésta se construye a partir de la implicación emocional de los sujetos en la vida social, y las valoraciones son muy diversas. El sida, siendo objetivamente una enfermedad, no conlleva el mismo significado que el cáncer (7), dado que en la primera, la vida social del paciente o de la paciente entra en juego con un cúmulo de representaciones sociales asociadas a homosexualidad, o a drogodependencia. Y aunque no de manera exclusiva, sí son las primeras ideas que se ligan a la enfermedad. Ello explica por qué la necesidad del anonimato, el cual se arbitra dentro de este cuadro clínico porque contraer la enfermedad expone al individuo a posibles descalificaciones, mientras que el cáncer queda vinculado a un notable riesgo y a un proceso de tratamiento penoso, pero el paciente o la paciente, lejos de obtener perplejidad por parte de las personas que le rodean, recibe apoyo y comprensión.

5.

*Un ejemplo:  
la falta de  
reconocimiento del  
cuidado profesional*

El médico, o la médica, como portadores de un saber técnico tienen en la exploración y diagnóstico sus cometidos más sobresalientes. La exploración del sujeto en busca de una historia clínica se basa en una serie de fases, donde la vida aparece como una cronología donde se esquivan o se confirman las causalidades que acompañan este proceso exploratorio: los antecedentes familiares, personales (enfermedades de la infancia) los exámenes médicos, vacunaciones, tratamientos,

---

(7) Susan Sontag ha escrito un magnífico libro sobre el proceso de enfermar, donde reflexiona a partir de su propio diagnóstico de cáncer, sobre las imágenes que se desprenden de la enfermedad y cómo influyen en la vida del paciente o la paciente, añadiendo lo que implica el sida. *La enfermedad y sus metáforas*. (1996). Madrid. Taurus.

---

intolerancias o reacciones alérgicas para terminar con la exploración física. En esta lógica científica, el cúmulo de pruebas complementarias en la cabecera del enfermo o de la enferma están más cercanas a la vigilancia y seguimiento que al cuidado y atención personalizada, éstos cuando aparecen se interpretan como unas dotes extraordinarias, dado que no es su cometido.

La profesión de enfermería tiene en sus orígenes una historia que no está vinculada con un conocimiento formalizado, sino con las instituciones de caridad, donde la compasión ha presidido la naturaleza del cuidado. Una profesión ejercida por religiosas, o por mujeres de mediana edad, alejadas de la medicina hasta el siglo XIX (8). Un historial basado en las Casas de Caridad o Misericordia, con pacientes mendigos o indigentes, provocan una división epistemológica entre saberes sistematizados y los demandados en una selección de candidatas. Mujeres que mantienen la disciplina, asumen las normas (la obediencia es una parte inherente de su relación contractual), cuando no deben superar otros requisitos escasamente mensurables (9), lo cual constituye un reto difícil de superar, porque su integración se hace desde el lado de la que auxilia al médico, que delega en ella los cuidados asistenciales, mientras él se especializa en la cura.

A pesar de ello, las enfermeras constituyen la parte emocional de la institución. Sus funciones se desdoblaron entre una competencia técnico-sanitaria y una implícita (por no estar contemplado en la descripción del puesto de trabajo) capacidad para la dedicación subjetiva al paciente en interés de su propia terapia. Patología y comportamiento son las esferas de su competencia, la ansiedad que se desprende de esta cercanía dolorosa no tiene un lugar donde volcarse, las enfermeras disponen, sólo si particularmente lo buscan, lugares apropiados donde manifestar su malestar profesional, cuando es patente que las que cuidan deben ser cuidadas. Los grupos de apoyo para enfermedades crónicas y agudas están compuestos mayoritariamente por mujeres: Alzheimer, cáncer, y allí se presta toda la ayuda y asesoramiento que se estime operativo para sobrellevar la enfermedad. En cambio, las intervenciones de la enfermería relativas al cuidado, a pesar de su complejidad y de comportar una dosis importante de estrés, no hallan el mismo reconocimiento. Pero los cuidados en su profesión no son de carácter espontáneo, ni discrecionales, no se dispensan cuando la enfermera tenga a bien hacerlo, no es un don, sino un requisito profesional. En los manuales de enfermería los repertorios de cuidado son exhaustivos, porque además de la información al paciente que incluye explicar procedimientos y riesgos, es perceptivo que se centre en los aspectos psicológicos. El Cirujano explica la intervención, la enfermera informa de la rutina del

---

(8) En textos como el de Martín, F.F. (coord.). 1996. *Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid. Síntesis, o en revistas especializadas de enfermería se revisan los roles y la complejidad de los cuidados asistenciales.

(9) Sobre el régimen disciplinar y los aspectos físicos, demandados a las enfermeras en Brasil, resulta muy útil, la tesis de Silvia María Nóbrega, con el título: *Enfermera, trabajo y resistencia*. (defendida en Salamanca, 1999).



---

hospital, debe demostrar interés por la paciente o el paciente, voluntad de ayuda, hacer que la o el paciente encuentre los refuerzos suficientes para afrontar la intervención.

Su práctica profesional incluye, entre otras pautas a seguir:

- Acepte el comportamiento del paciente o de la paciente al objeto de desarrollar la confianza mutua que será la base de toda la intervención.
- Escuche y acepte la expresión de ira sin tener en cuenta esta reacción como personalizada.
- Emplee el humor si fuera necesario.
- Valore su progreso en función con la disminución de sus miedos.

Esta información técnicamente relevante está desagregada en torno a cuadros clínicos específicos. Cualquiera de las enfermedades vincula el rigor de la asistencia técnica al cuidado personalizado al paciente. Los hallazgos subjetivos son tan relevantes como los hallazgos objetivos: expresa miedo y ansiedad, se manifiestan con retraimiento, tristeza, enfado, depresión. A la enfermera se le pide que implemente: acepte y escuche los temores, estimule las visitas, en suma cuidados de tipo afectivo. Sin olvidar los cuidados del entorno: reducir iluminación y ruidos ambientales, elevar la cabecera de la cama, preparar al enfermo o enferma para las pruebas especiales, le ayuda a la deambulación.

Estos cuidados se acentúan en las unidades de cuidado intensivo a pacientes en estado crítico. Los cuidados cubren todas las necesidades. También en la UCI los requisitos de cuidado resultan indispensables: "Dedique tiempo a estar a su lado, a hablar en el caso de que pueda hacerlo, permita llevar objetos móviles, avísele cuando llegue un familiar", junto a ello compruebe los equipos electrónicos, las señales de los monitores. Vigile cualquier detalle insignificante es vital, y las decisiones son urgentes y de carácter irreversible.

El paciente o la paciente siente privación sensorial, personal sanitario le explora, pincha, le sonda, le provoca malestar, apenas duerme por los ruidos ambientales procedentes de los aparatos a los que están conectados y conectadas en la unidad. Las barreras de comunicación provocan estrés psicosocial, porque el paciente o la paciente experimenta miedo, agonía y pánico.

Con los otros cuidadores y cuidadoras la familia, la UCI genera -como ya señalé en la hospitalización domiciliaria- una relación especial, las y los parientes dosifican sus visitas y perciben una grave sensación de impotencia. Pero no acaba aquí, cuando sale, debe instruir al paciente o a la paciente y su familia. Explicar los cuidados habituales. Enseñar a la familia la semiología del proceso: signos, riesgos. Se planifican los cuidados a corto y largo plazo. Los cuidados conforman un repertorio interminable: asistencia higiénica, cuidados ambulatorios. En hospitales y centros: recomendaciones a personas diabéticas, traqueotomía, maternidad, alimentación por sonda, preoperatorios y postoperatorios.

El campo de lo afectivo, de las emociones deben asumir una centralidad en los estudios de medicina, no sólo de enfermería: los diccionarios médicos y de enfermería acentúan, o invisibilizan, sus prácticas (les invito a que los consulten). Reformular un cuidado personal cuando se exprese por los seres queridos, evitando que el cuidado incluya efectos perversos y reformular el cuidado estimando su valor, tanto en los indicadores de prestigio como en indicadores de tipo retributivo.

---

En suma, si el cuidado carece, frente al diagnóstico, de suficiente valoración y reconocimiento, así como el cuidado no profesional tampoco goza de una decidida apuesta por parte de las políticas públicas, nuestra responsabilidad, como personas expertas en los temas colindantes al cuidado, debería mantener entre sus objetivos, incidir en su inexcusable reparto intrafamiliar e institucional, rechazando cualquier atribución en términos de género que enmascare una explotación inaceptable en nuestras democracias desarrolladas.

## *Bibliografía básica*

- Benhabib, S. (1990). "El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kholberg-Gilligan y la teoría feminista". En *Teoría Crítica y Teoría Feminista*. Valencia. Alfons el Magnánim.
- Carrasco, C. (ed) (2000). *Tiempos, trabajos y géneros*. Barcelona. Universitat de Barcelona. 2001.
- Collin, F. (1992). "Bordeline. Por una ética de los límites". *Isegoría*. nº 6. noviembre CSIC. Madrid (pp: 83-96).
- Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid. BBVA.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid. Siglo XXI.
- González de Chavez (ed) (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina*. Madrid. Siglo XXI.
- Martín, F.F. (coord.) (1996). *Historia de la Enfermería en España*. Madrid. Síntesis. 1996.
- Mintzberg, H. (2000). *La estructuración de las organizaciones*. Madrid. Ariel
- Murillo de la Vega, S. (2000). "La metodología cualitativa en un marco sanitario. Enfermería comunitaria". Tomo II. *Enfermería y epidemiología*. En Sánchez Moreno. Madrid. Ed. MacGraw Hill.
- Nussbaum, M., Send, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford. Clarendon.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Los Angeles. Berkeley Universtiy Press.
- Ortiz Gómez, T. (1995). "La experiencia escrita de las matronas, siglos XVI-XVII". En Ballarín, P. y Martínez, C. (eds) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Granada. Universidad de Granada.
- Ortiz Gómez, T. (1999). "La educación de la matrona en la Europa Moderna ¿liberación o subordinación?" En Segura Graiño, C. (ed). *De leer a escribir. La educación de las mujeres*. Madrid. Asociación Cultural Al-Mudayna.
- Ramos Torres, R. y García Selgas, F. (eds) (1999). *Globalización, riesgo y reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea*. CIS. Madrid.
- Reddin, B. (1994). *La organización orientada al resultado*. Barcelona. Paidós Empresa.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid. Taurus.

---

**PATRICIA PROVOSTE  
FERNÁNDEZ**

**Socióloga. Consultora Externa  
de la Organización  
Panamericana de Salud (OMS).  
Chile**

*Los cuidados  
domésticos e  
institucionales  
de salud y  
enfermedad  
provistos por  
las mujeres*



## *Introducción*

1 .

Esta ponencia se inscribe dentro de la preocupación feminista por hacer visibles y valorar social y económicamente las tareas mal llamadas de reproducción social, las que son en realidad tareas no mercantiles de producción de bienes y servicios que se realizan en el ámbito doméstico. Una buena parte de estas tareas pueden ser consideradas como producción de salud, lo que sitúa a este campo sectorial en la encrucijada del cambio cultural hacia una sociedad más equitativa y en uno de los núcleos más duros de resistencia a dicho cambio. Es por esto que la producción doméstica de salud, su reconocimiento, redistribución, valoración por la sociedad y las políticas públicas ha constituido una preocupación permanente del Programa Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), algunas de cuyas preocupaciones y avances en la materia voy a exponer aquí (1).

En esta presentación, utilizando observaciones realizadas en Chile, me centraré en los desplazamientos de las fronteras y cruces entre el sistema doméstico y el institucional, de salud enfatizando la naturaleza cambiante y diversa de esos cruces. La comprensión de esa dinámica puede entregar claves para entender algunos mecanismos que re-funcionalizan la desigualdad de género a partir de las políticas sociales en países en desarrollo como el mío, o si se quiere, para observar la forma en que un modelo neoliberal de desarrollo social, se instala utilizando esas desigualdades, pero en contextos muy diversos que le confieren improntas específicas. En otras palabras, la relación entre ambos sistemas de salud puede ilustrar las relaciones concretas entre patriarcado y capitalismo, además de identificar algunas de las resistencias que existen para la construcción de sistemas de salud que no posterguen la equidad de género en nombre de la eficiencia o de un hipotético bienestar de la familia. De ahí nuestro interés en compartir enfoques y metodologías para la observación y análisis del cuidado no remunerado de la salud.

En la primera parte presentaré algunos factores que en mi opinión determinan la variación de las articulaciones entre cuidados domésticos e institucionales, y en la segunda parte me referiré a las observaciones realizadas en Chile en estos dos espacios.

---

(1) Algunas de las actividades realizadas por el Programa OPS/OMOS en torno al cuidado doméstico de la salud son:

- Taller Internacional "Cuentas Nacionales de Salud y Género", realizado en 2001 en Santiago de Chile.
- "Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile, 2003", de próxima publicación, que dedica uno de sus cuatro capítulos al cuidado no remunerado de la salud.
- Investigación sobre costos invisibles de la enfermedad, en desarrollo.
- Finalmente, acaba de empezar una segunda etapa de este programa, que incluye la puesta en marcha de un Observatorio de equidad de género en las políticas de salud, que incluye una sección sobre este tema.

2.

## *Las escurridizas fronteras del cuidado doméstico*

2.1

### LA ARTICULACIÓN DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN DE SALUD

El enfoque aquí utilizado entiende la salud como producto de dos sistemas interconectados e interdependientes: el doméstico y el institucional (2). Este se grafica en el esquema siguiente, que reproduce con pequeñas variaciones el elaborado por María Angeles Durán bajo el título de "El sistema global de cuidado de la salud" (3), para argumentar que la salud sigue siendo primordialmente atendida en el espacio familiar, y advertir a las políticas sanitarias el riesgo en que caen al olvidar este hecho. En esta adaptación, se ha invertido la ubicación de ambas esferas, dejando abajo la de cuidados domésticos a fin de mostrarla visualmente como la base sobre la que descansa el sistema institucional de salud. Otra diferencia respecto del esquema original es la denominación que se ha dado a la intersección entre ambos sistemas. Allí se ha situado uno de los elementos claves de las reformas del sector salud, como son los cambios al Modelo de Atención, a lo que me referiré más adelante. En esta intersección es donde se manifiesta el papel mediador que cumplen las mujeres entre el grupo familiar y el sistema institucional. En esa zona donde circulan las informaciones y las influencias de un sistema sobre el otro. Es allí donde el sistema institucional apela a la división sexual del trabajo, contribuyendo a reforzarla. Para no extenderme sobre este sugerente esquema, ya conocido por esta audiencia, sólo me permito agregar que, dentro del sistema institucional, el área mucho mayor que ocupa la salud estatal respecto de la privada refleja la situación de muchos países, en que los esfuerzos de los gobiernos por privatizar los servicios de salud, chocan con los reducidos ingresos de la mayoría de la población (4). En este sentido, las mujeres que cuidan la salud de las y los demás en casa se vinculan mayoritariamente con los sistemas estatales de salud, aún cuando los sistemas privados también necesitan de mediaciones con las familias.

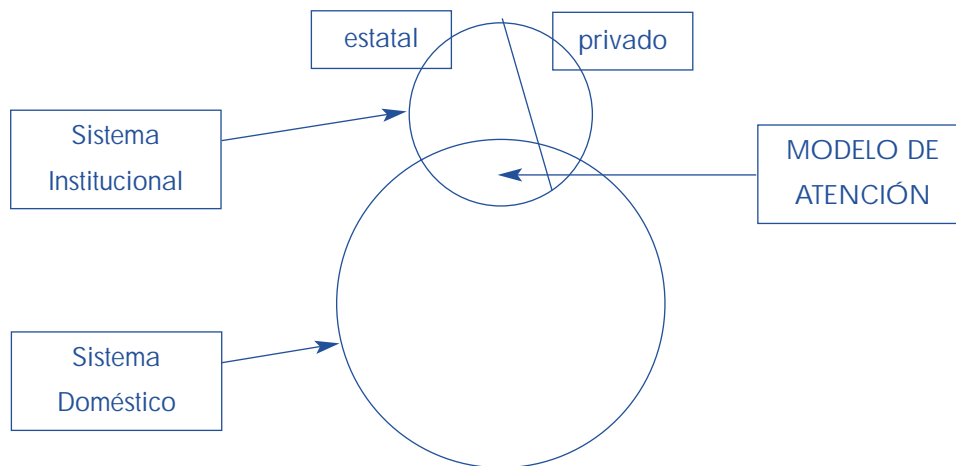
---

(2) "La economía de la salud y el género en la reforma de la salud", elaborado por María Isabel Matamala Vivaldi y Thelma Gálvez Pérez en: *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*, Cuaderno N° 1, OPS/OMS-Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Marzo 2002.

(3) "De puertas adentro". Instituto de la Mujer, Madrid, 1988, p. 85.

(4) Para el caso de Chile, al año 2000 el 66,5 %, de la población está adscrita al sistema público y un 19,8% al sistema privado que constituye la alternativa obligada por ley para quienes tienen contrato de trabajo (ISAPRE). El resto no está adscrito a ningún sistema, o tiene alguna forma diferente de cobertura. En: "Perfil de Salud de Mujeres y Hombres..." ob.cit., pág.101.

## La articulación de los sistemas de salud



Uno de los méritos de este esquema es que puede ser utilizado de una manera dinámica y no formalista, para interrogar diversas realidades y por eso es que me parece útil a los fines comparativos de este seminario. Quiero decir que las tareas y la cobertura de cada uno de estos sistemas, así como sus intersecciones, varían de un país a otro, dentro de cada país y en el tiempo, dependiendo de factores estructurales, y mirar esas variaciones puede servirnos para una mejor comprensión mutua y para delinear estrategias adecuadas a cada situación. Por ejemplo, sabemos que las tendencias al traspaso de costos a los hogares y a las mujeres, que surgen de la reducción del gasto social del Estado se aplican de manera especial al área de la salud. Pero ¿estamos hablando de los mismos recortes y los mismos traspasos a los hogares? Y si no es así ¿es comparable su impacto sobre las mujeres? Por otra parte, ¿sobre qué tipo de sociedad y qué situación de las mujeres caen las reformas neoliberales? ¿Qué elementos de comparación son los más significativos? Teniendo en mente preguntas como esta, en la siguiente sección intentaré reseñar algunos factores que en el ámbito sociocultural y en el del desarrollo tienen mayor y más directo impacto sobre las esferas doméstica e institucional de cuidado de la salud.

## 2.2

### EL TRABAJO REMUNERADO FEMENINO Y LOS CAMBIOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

En el ámbito de las transformaciones socioculturales hay que destacar los siguientes factores que inciden sobre la amplitud y las características del cuidado doméstico de la salud:

- **Natalidad y empleo femenino:** En países de alta natalidad y escasa inserción laboral femenina, usualmente de menor desarrollo económico, y bajo aporte estatal en lo social, hay una enorme carga de cuidado doméstico, concentrado en la crianza. Las unidades familiares, generalmente numerosas, suelen contar con más de una mujer para compartir esta carga. Cabría ima-



---

ginar que allí donde se produce una baja de las tasas de natalidad – asociada a mayor desarrollo socioeconómico y a mayor soporte estatal - podría verse reducida la carga de cuidados de la salud infantil. Pero como estas bajas se producen de modo simultáneo a la reducción del tamaño promedio de los grupos familiares, y a una creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, las cifras menores de hijos e hijas no se traducen automáticamente en una reducción neta de los cuidados domésticos. Por un lado las mujeres tienen menos tiempo disponible para el cuidado del bienestar familiar, que continúa en sus solas manos. Por otro, se va reduciendo la posibilidad de redistribuir la carga con otras mujeres, que ya no comparten un mismo hogar. Al contarse con servicios de salud más desarrollados, aumenta también el tiempo destinado a la intermediación entre el grupo familiar y el sistema institucional. Es decir, lo que cambia no es tanto la carga de las mujeres, sino la composición de esta carga.

- **El cambio del perfil epidemiológico.** Las causas predominantes de enfermedad y muerte son una determinante mayor en el tipo y magnitud de cuidados que deben prodigar las mujeres en el hogar. Este será muy diferente si en un país prevalecen enfermedades y problemas de salud propios del subdesarrollo (desnutrición, enfermedades infecto contagiosas, alta mortalidad infantil y materna) o si por el contrario predominan las llamadas "enfermedades del desarrollo" y crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares), que requieren cuidados permanentes especiales. El alargamiento de la vida de la población viene también con una hueste de nuevas problemáticas de salud y de requerimientos de cuidado, tanto en el espacio doméstico como en el institucional, viéndose este último acrecentado, sea en el ámbito estatal o en el privado, con el desarrollo económico. De este perfil y del nivel de gasto público podrán deducirse las características del cuidado doméstico de la salud, que serán muy diferentes según se ubiquen en el polo más o menos "desarrollado".

- **La ampliación del concepto de cuidado de la salud**, como anota M.A. Durán, conlleva el aumento de lo que socialmente se define como "necesidades de salud", que unidas al desarrollo de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento han aumentado el tiempo dedicado a consultas, exámenes y prescripciones que deben ser seguidos en casa. Es decir, crece la relación de las personas con el sistema institucional, lo que supone un aumento de demandas de tiempo de la persona encargada de la salud del hogar. Una vez más la variable desarrollo nacional establece diferencias significativas entre países.

Considerando los factores nombrados cabe concluir que si se quisiera mirar las variaciones del cuidado doméstico de la salud, habría que partir diferenciando a los países por su grado de desarrollo, por el perfil de su pirámide demográfica, por el tamaño promedio de los hogares y las tasas de participación económica de las mujeres. En el ámbito del desarrollo, la distribución de ingresos es otra variable clave, ya que condicionará la capacidad distintos sectores de la población para acceder a servicios extradomésticos de salud.

Una manera de dimensionar en parte las demandas de cuidado doméstico de salud es examinar algunas cifras gruesas de población que eventualmente requeriría cuidado. Para Chile, que está

en una transición demográfica avanzada (5), se ha hecho por primera vez una estimación de la cifra de personas que podrían requerir cuidado en sus hogares de manera permanente en el año 2000, la que se aprecia en el siguiente cuadro.

### Chile: Poblaciones que podrían requerir cuidado en sus hogares

<b>ALGUNAS NECESIDADES DE CUIDADO FAMILIAR</b>	<b>2000</b>
Niños/Niñas menores de 5 años	1.440.866
Niños/Niñas de 5 a 9 años	1.461.182
Personas Discapacitadas mentales y por causa psiquiátrica	103.705
Mayores de 79 años	198.780
Inactivos/Inactivas de (15 y +) por enfermedad crónica o invalidez	282.103
Total	3.486.636

Extractado de: Perfil de salud de mujeres y hombres en Chile, 2003, OPS/OMS.  
Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN, 2000.

Sumando las categorías que allí aparecen de cuidado de niños y niñas y otros requerimientos, en el año 2000 había una población de unos 3,5 millones de personas que podría necesitar cuidado doméstico más o menos permanente. Impacta el considerar que la cifra representa la cuarta parte de la población –de unos 15 millones en ese año– y que equivale a un promedio de una persona por hogar, sólo para los casos anotados, que obviamente no son todos. El cuadro podría ser ampliado con las cifras oficiales de morbilidad y discapacidad, que pueden ser leídas respecto de la carga de cuidados domésticos que demandan, aunque hay que decir que aún contamos con instrumentos muy imprecisos sobre estas materias (6).

Siguiendo el hilo argumental, estas cifras de demanda potencial de cuidado doméstico serán muy distintas según los niveles de desarrollo y las estructuras sociales y demográficas de los diferentes países. Su transformación en demanda real debe considerar otros factores como la disponibilidad de servicios estatales y privados, lo que nos lleva al siguiente elemento de análisis que es el modelo de desarrollo y de política social.

(5) La tasa bruta de natalidad alcanzaba en 1998 a 2,5 hijos/hijas por mujer, y en el Censo de 2002 por primera vez la franja de 0-4 años es menor que la de 5 a 9 años.

(6) El Censo de Población del año 2002 registra 333.377 personas con discapacidad, lo que equivaldría a cerca de un 2% de la población. Sin embargo este registro ha sido criticado por su insuficiencia e imprecisión ya que incluye sólo algunas discapacidades, las que además consigna sólo cuando son severas e inhabilitante. Las alternativas ofrecidas por el censales son: 1.- Ceguera total; 2.- Sordera total; 3.- Lisiado/parálisis; 4.- Deficiencia mental y 5.- Mudez.

El otro factor que está influyendo muy directamente en la modificación de las fronteras entre los cuidados domésticos e institucionales es el de las políticas sociales, y en particular las mutaciones de los Estados de Bienestar. No pretendo entrar a este tema que ya ha sido muy discutido, pero me gustaría reiterar que el traspaso de tareas y costos a la esfera doméstica sigue diferentes patrones y tiene distintos efectos sobre realidades diversas. Para empezar, los recortes de los servicios de la salud, son de magnitudes muy distintas en países más o menos ricos, más o menos sostenedores de políticas universalistas, lo que hace una gran diferencia en la carga que es traspasada a los hogares y a las mujeres. Un sistema de salud pública desmantelado tiene mucho mayor impacto sobre el cuidado doméstico que uno solamente "recortado", o que uno que nunca se desarrolló de modo significativo, como en los países más pobres.

Para poner en términos concretos esta afirmación: en varios países de Europa se ha afirmado que la retracción del Estado de Bienestar redujo servicios de cuidado de personas ancianas, de apoyo a discapacidades o de cuidado infantil, cuya instalación había sido un avance para las mujeres ya que habían reducido la presión sobre el cuidado doméstico. Pero en realidad el ciclo de expansión y retirada de este tipo de servicios no es tema para los países del "Tercer Mundo", incluyendo algunos con mayor desarrollo relativo de sus Estados de Bienestar como Argentina, Chile y Uruguay, donde ese tipo particular de servicios se desarrolló muy poco o casi nada por parte del Estado. Los avances de las políticas sociales desarrollistas de América Latina ocurrieron en otros campos, como la mejor atención del embarazo y el parto, la nutrición y las vacunas.

En esta línea, cabría hipotetizar que los modelos de política social desarrollados en este tipo de países durante el siglo XX contribuyeron a mejorar la salud de las mujeres pero no es claro que hayan reducido la carga doméstica de cuidados. Y voy a poner una vez más el ejemplo de Chile, que experimenta un desarrollo significativo del sistema de atención primaria y hospitalaria, en la segunda mitad del siglo XX, bajo un modelo dirigido a la población de menores ingresos, abarcando paulatinamente a la no integrada al mundo laboral "formal", primero en el ámbito urbano y luego también en el rural. Apelando a las madres de estos sectores, en el nivel primario se generalizó el control sano de niños y niñas, la aplicación de vacunas y de planes de nutrición, así como el control preventivo del embarazo. Esta política, unida a la atención hospitalaria del parto, y al saneamiento ambiental –con altibajos en que no nos detendremos aquí– condujo a satisfactorios indicadores de salud actuales. Por esta razón hemos postulado la estrecha dependencia del modelo de atención primaria respecto de las mujeres de los sectores populares (7). En este esquema,

---

(7) "Modelo de Atención y Género: Las condicionantes socioculturales de la Reforma de la Salud en Chile". Fanny Berlagosky y Patricia Provoste. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. OPS/OMS. Santiago de Chile, 2002.

---

el tiempo de las mujeres no sólo no es liberado, sino que se dispone de él como un ingrediente central –claro que sin reconocimiento explícito– para la implementación de las políticas sanitarias. El positivo resultado de los controles, las vacunas, la nutrición, los hábitos de higiene, radica en el tiempo que las mujeres-madres de la población de menores ingresos destinan a la articulación con el sistema institucional público.

En la misma etapa, no hay un desarrollo significativo de servicios de salas cunas y guarderías, salvo para algunos sectores, de modo que el ingreso de las mujeres de capas medias al mercado de trabajo tiene lugar a cuenta de las abuelas, del servicio doméstico, o de servicios privados de escasa cobertura. En suma, el Estado de Bienestar aumentó la esperanza de vida de las chilenas pero también recargó su rol de cuidadoras.

En este panorama ¿cómo inciden las orientaciones neoliberales? Por lo pronto, alejan del horizonte una expansión sustancial de servicios públicos auxiliares del cuidado de la salud (guarderías, cuidado de personas ancianas, apoyo a enfermas y enfermos postrados) en un momento en que estos se requieren cada vez más por la expansión del trabajo remunerado femenino y por el aumento de la cifra de ancianas y ancianos, entre otras nuevas necesidades de cuidado.

Y respecto de la población de menores ingresos, lo significativo en Chile, no es tanto el recorte o la privatización de servicios públicos de salud, como la manera en que se redefine la relación de éstos con las mujeres, acentuando sus responsabilidades de articulación con el sistema institucional, sobre todo en la ancha franja de población de menores recursos. Es necesario tener presente que la política social chilena no preconiza el recorte o la privatización de servicios a secas, más aún la salud pública ha recibido sucesivos aumentos presupuestarios en la última década. La inspiración neoliberal se expresa en principios como el de la co-responsabilidad, según el cual los destinatarios y destinatarias deben y pueden compartir el esfuerzo social, aportando su trabajo y su tiempo para el desarrollo de obras comunitarias, de viviendas, de educación o de salud, entre otros campos sectoriales. Numerosos programas sociales, en los que se utilizan muchos millones de dólares, se diseñan bajo este principio, que no estaría tan mal si no fuera porque se aplica sólo a la población en situación de pobreza, para darles acceso, generalmente a soluciones de menor calidad; es decir, es una política social que segrega. Pero además son las mujeres pobres las que mayoritariamente se hacen cargo de estos llamados, reforzando así su rol de cuidadoras domésticas. Entonces, las vías por las que el neoliberalismo recarga a la mayoría de las mujeres en un país como Chile son la ausencia de servicios auxiliares y la exigencia de nuevas responsabilidades de articulación con el sistema institucional, lo que veremos en seguida con algún detalle.

La conclusión de esta sección es el carácter cambiante y escurridizo de las fronteras entre los sistemas domésticos e institucionales de la salud, frontera que depende de las tendencias macro de la cultura y el desarrollo, así como de las políticas sociales. Mirar estas fronteras desde esas tendencias confirma que son un elemento neurálgico de articulación entre el sistema patriarcal y el sistema capitalista, lo que empuja a observar con detención lo que está ocurriendo en el cuidado doméstico de la salud así como en la articulación entre este sistema con el institucional.

3.

## *Las crecientes demandas domésticas e institucionales*

En el contexto de reflexiones como las anotadas es que se han llevado a cabo dos estudios cuyas principales conclusiones se exponen a continuación. El primero miró dentro de un grupo de hogares para atender al costo del cuidado; el segundo prestó atención a los cambios en el modelo de atención previstos en la reforma al sector salud en Chile.

3.1

### EL CUIDADO DOMÉSTICO DE ENFERMEDADES DISCAPACITANTES

Una de las formas más exigentes del cuidado doméstico de la salud es la asociada a enfermedades altamente discapacitantes. Esta problemática fue abordada a través de un estudio de casos de carácter exploratorio sobre costos no visibles del cuidado de personas enfermas, en el cual se analizaron 21 situaciones de cuidado que correspondía a siete enfermedades, o situaciones de salud diferentes (8). Estas fueron, seleccionadas por su adecuación al perfil epidemiológico actual y al envejecimiento de la población. Se cuidó también de incluir enfermedades que afectan a adolescentes y niños y niñas, y casos de invalidez temporal con pronóstico de recuperación favorable. La metodología se sustentó en el registro de actividades del enfermo o enferma y de la cuidadora a lo largo de 24 horas.

La importancia de este estudio es que constituye el primero de este tipo que se realiza en el país y el desafío consistió en elaborar una metodología para visibilizar los costos del cuidado doméstico de enfermedades, que puede ser aplicado de modo más extenso a diversas enfermedades. El caso de las enfermedades discapacitantes es particularmente relevante dado que frente a estas necesidades de cuidado, como se anotaba antes, casi no existe oferta de servicios públicos, salvo excepciones como los recintos psiquiátricos. Los hospitales públicos permiten la internación sólo en casos de crisis o agravamiento y quienes dependen de sistemas privados no suelen poseer recursos suficientes para contratar cuidadoras, o para internar a la persona enferma, en especial si se tra-

---

(8) Las situaciones estudiadas fueron: SIDA, alzheimer, politraumatismos, accidentes vasculares, depresión adolescente, secuelas de hipoxia de parto y amputación por diabetes "Costos no visibles del Cuidado de Enfermos. Estudio de casos". Versión preliminar Inés Reca y Madelin Alvarez. "Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile". OPS/OMS. Santiago de Chile, 2002.

---

ta de enfermas o enfermos crónicos o discapacitados. Existe la hospitalización en casa, pero como servicio de lujo, inaccesible a la mayoría. Adicionalmente, se está observando dentro del sistema institucional la tendencia a la reducción del tiempo de hospitalización por razones médicas (evitar efectos del hospitalismo) o económicas (reducir el costo unitario de la hospitalización). Las cuidadoras eran principalmente mujeres y familiares no remuneradas, incluyendo también algunas remuneradas en las familias con mayores ingresos. Cabe resaltar que las características encontradas en este grupo, las inscriben en la tradición de la mujer "abnegada", que calla sus dificultades, manifestando en su mayoría sentimientos de soledad, angustia, depresión y presentando dolencias como insomnio, stress, colon irritable, agravados por la inexistencia de apoyos provisionales y de salud.

Los tiempos de cuidado, separados por actividad y medidos en minutos durante 24 horas, por enfermo/enferma, fueron muy variables, siendo el más bajo el de politraumatismos: 340 minutos, y el más alto el de cuidado de alzheimer, con 660 minutos. Es decir, desde 5,5 a 11 horas diarias. Se consideró no obstante que podía haber subestimación de algunos tiempos de cuidado, o actividades que permanecían ocultas bajo categorías como la de "acompañamiento", planteándose afinar el método de registro en una nueva etapa de la investigación.

El estudio entregó aportes como la identificación de variables y unidades de medición del cuidado; avanzó en la elaboración de técnicas de entrevista y de registro, destacando el diseño de una hoja de tiempo para registro de actividades de la persona enferma y de la cuidadora a lo largo de 24 horas, y el procesamiento computacional para tratar este tipo de datos.

Sobre esos avances, y teniendo en cuenta las dificultades encontradas, se planteó una nueva etapa, con el desafío de afinar el registro y la caracterización de las actividades de la cuidadora, para asimilarlas con mayor facilidad a productos o servicios equiparables a los que se entregan en el mercado y por lo tanto susceptibles de ser valorizados económicamente, lo que tiene a su vez dos propósitos concretos: uno, continuar abogando, por la incorporación del cuidado doméstico de la salud a las cuentas nacionales, lo que es una tarea de mediano o largo plazo. El otro, fundamentar la necesidad de políticas orientadas a la provisión de servicios locales, de apoyo al cuidado de enfermedades o a situaciones de discapacidad ya sea con recursos humanos adecuadamente calificados (cuidadoras y cuidadores contratados) o con equipos e insumos temporales que resultan muy onerosos, como pueden ser el oxígeno, las camas especiales, etc. Estos servicios permitirían reducir el negativo impacto sobre la salud y la autonomía de las cuidadoras.

Junto al desafío de afinar la metodología de medición y registro de este tipo de cuidados, es necesario avanzar en las cifras agregadas de personas que los requieren y, de modo más general, en cuantificar la demanda de tiempo de cuidado doméstico de la salud, lo que, como indicaba antes, aún está muy poco desarrollado en mi país.

En el segundo de los estudios que voy a presentar se preguntó acerca de la importancia para la equidad de género de un área de la Reforma de Salud que aparece en diversas propuestas nacionales, como es el cambio del Modelo de Atención.

Conceptualizando al Modelo de Atención como la organización de la interacción entre los sistemas institucional y doméstico, y partiendo de los conceptos antes expresados sobre el carácter histórico-social de esa interacción, se hizo una rápida indagación que consideró entrevistas a algunos de los actores y actrices de este proceso, teniendo como base las propuestas ministeriales sobre el tema.

Como en otros países, la reforma del sector salud se fundamenta de modo explícito en la necesidad de adecuar los sistemas institucionales de salud a los cambios epidemiológicos y demográficos, atender nuevas necesidades de salud y hacer más eficiente el uso de los recursos, frenando el alza continua de los costos del sistema institucional. De aquí derivan propuestas de cambio del modelo de atención, entre las que resalta la mayor importancia que se adjudica al nivel primario de atención, que verá aumentada su capacidad de resolver, de prevenir y de promover la salud desde el espacio local. El Hospital quedaría como centro de alta complejidad y menor necesidad de camas, y perdería su predominio institucional, quedando todos los niveles funcionando en red, en tanto la relación con la población se concentra en el nivel primario. Las implicaciones de esta propuesta sobre el sistema de género son varias.

Como se anotaba antes, los grandes logros de la salud pública chilena en el siglo XX se asocian a la estrecha vinculación de las mujeres con el modelo de atención primaria, ante el cual jugaron un irreemplazable papel auxiliar (9), ya que se encargaron de los controles, las vacunas y la nutrición de niñas y niños. Desde ese punto de vista, el modelo de atención fue altamente dependiente del desempeño de roles domésticos tradicionales, que garantizaban la cercanía al Consultorio (centro de atención del nivel primario) y la disponibilidad de tiempo para las demandas e instrucciones que de aquí provenían. El Programa "Materno-perinatal" o "materno-infantil" fue el eje de esta articulación. Habiendo superado las metas propuestas, y en el nuevo contexto epidemiológico, social y económico, este programa ha dejado de constituir la clave de la salud pública. Aunque sus tareas siguen existiendo, se empieza a dar importancia a la prevención y cuidado ambulatorio de nuevas enfermedades, así como a la "vida saludable", que se estima debe ser llevada hacia la población de menores ingresos, para lo cual es necesario generar nuevos há-

---

(9) "Participación en la salud pública. Una aproximación de género". Patricia Provoste, *Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile*. OPS/OMS. Santiago de Chile, 2002.

---

bitos y traspasar nuevos conocimientos: en esa dirección, adquieren creciente importancia el espacio local y una cantidad de programas grupales de prevención y promoción de la salud, y de "autocuidado" de enfermedades crónicas. Se entiende que con esto se reducirán los costos de atención de enfermedades cada vez más costosas, en un contexto de país en desarrollo, con avances en sus ingresos medios, pero con grandes desigualdades en la distribución del ingreso y con un alto porcentaje de población adscrito a la salud pública.

Todo lo anterior explica por qué en las reformas en curso al sector salud aparece con nitidez el discurso del acercamiento a la población –más precisamente el discurso apela a "la familia"– y de la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, lo que no es una invitación a hacerse parte de las decisiones, sino una definición de las nuevas condiciones en que el sistema espera vincularse con la población y de los nuevos contenidos de ese vínculo.

De manera no explícita, sino indirecta o tácita este discurso es una convocatoria a las mujeres para ejercer nuevas tareas de cuidado doméstico de la salud y de articulación con el sistema institucional, ante la cual cabe argumentar que en lugar de avanzar hacia el reconocimiento de las mujeres como sujetos autónomos del derecho a la salud, se reitera una invitación a un papel subordinado, reforzando las tareas domésticas de cuidado de la salud.

### 3.3

#### TAREAS INSTITUCIONALES: ANTIGUO Y NUEVO MODELO

Para revisar esta sospecha, se realizó una breve comparación de las actividades y tareas previstas en el nuevo modelo de atención, con las propias del modelo aún vigente. Esta situación se presenta de modo esquemático en el siguiente cuadro, donde la X doble representa un aumento del tiempo demandado:



## Modelo de Atención: Requerimientos de tiempo para la articulación con el Sistema Institucional (todos los niveles)

TAREAS DE RESPONSABLE DOMÉSTICA	ACTIVIDADES	MODELO ACTUAL	MODELO REFORMADO
1. Cuidado preventivo de niñas y niños	i. Acompañamiento de niñas/os a control sano/programas de nutrición y vacunas	X	X
2. Cuidado de enfermedad en casa	i. Acompañamiento a consulta médica	X	X
	ii. Trámites sistema seguridad	X	X
	iii. Retiro o compra de medicinas	X	X
	iv. Aplicación de indicaciones médicas	X	X
	v. Aseo y alimentación del enfermo/enferma	X	X
3. Hospitalización	i. Visitas y cuidados a un enfermo o enferma hospitalizado	X	XX
	ii. Recuperación post-hospitalaria: las mismas tareas que en 1	X	X
	iii. Alta Precoz (hospitalización en casa)	--	X
4. Cuidado de personas enfermas crónicas	i. Preparación de alimentos especiales	X	XX
	ii. Acompañamiento a controles y terapias	X	XX
	iii. Trámites y compras	X	XX
	iv. Cuidados paliativos y especiales	X	XX
	v. Dedicación a tiempo completo en los episodios críticos de la enfermedad	X	XX
	vi. Apoyo a la participación en programas de "autocuidado"	--	X
5. Cuidado de personas en estado de postración	i. Mismos cuidados entregados a las y los enfermos crónicos, pero con mayor dedicación de tiempo	X	XX
6. Promoción de salud	i. Programas "vida saludable"	--	X

En términos generales, vemos que las antiguas tareas se mantienen, en algunos casos con mayor demanda de tiempo, agregando otras nuevas. Mirando con mayor detalle se advierte que:

- Se mantienen las actividades relacionadas a la salud de los niños y las niñas. Si bien hay una reducción de tasas de natalidad, este sigue siendo el cuidado de salud que necesita mayor dedicación total. Una cifra de 1997 registra un total de 5.475.068 visitas de niños y niñas a los servicios de salud durante ese año, estimándose que más del 90% de ellas fueron gestionadas por mujeres.
- Podría asumirse que, grosso modo, también se mantienen las tareas y tiempo de cuidado de enfermos y enfermas en la casa, aunque se carece de referencias empíricas como para tener certeza en este punto.

- 
- En cambio, en relación a la hospitalización se están produciendo cambios significativos que son observables. Hay hospitales públicos que ya han empezado con nuevas prácticas en dos materias: uno, incentivar la mayor permanencia de familiares en el hospital, así como su participación en algunos cuidados del enfermo o la enferma mientras está en el hospital. Dos, ampliar progresivamente la práctica del alta precoz, a modo de reducir los días-cama, lo que en palabras de un director de hospital entrevistado, permite "hospitalizar a tres personas con los recursos con que antes se hospitalizaba a una". La decisión se toma cuando hay garantías de capacidad de cuidado y tiempo, que son ofrecidas casi invariablemente por una mujer, cuya vida se verá radicalmente constreñida durante ese período.
  - En cuanto al cuidado de personas enfermas crónicas, se produce una fuerte demanda referida a ciertas enfermedades como diabetes, hipertensión, cardiovasculares, que no solo han aumentado, sino que se sabe más cómo manejarlas cotidianamente. Es así como se han introducido nuevas líneas de trabajo desde la atención primaria destinadas a instalar prácticas de "autocuidado" o "autoayuda". Al control preventivo de personas enfermas, se agrega actividades grupales que también permiten reducir costos de atención. Estas involucran a las y los afectados, pero también a las responsables de la salud del grupo familiar.
  - Asimismo, la cifra creciente de población en edad avanzada comprende una proporción de personas que no se pueden valer por sí mismas, a la que se suma otro tipo de causas de postración como el SIDA y otras mencionadas en el estudio de casos, que en conjunto, como se vio, demandan muchas horas de cuidado doméstico.
  - A todo lo anterior cabe agregar las iniciativas de promoción de salud que se están desarrollando masivamente a través de la red de atención primaria, y siguiendo un modelo de trabajo comunitario y grupal, que una vez más recaen sobre las mujeres. Podría agregarse también el desarrollo aún incipiente de los programas de Salud Familiar –visto como el modelo ideal para canalizar la articulación entre el sistema institucional y las personas– que pueden llegar a extenderse por su afinidad con las ideas centrales de la reforma sobre el involucramiento de la población y que desde luego descansan en una madre con su tiempo disponible.

En definitiva, es posible afirmar que el nuevo modelo de atención formula nuevas exigencias al sistema doméstico de cuidado de la salud, entrando en contradicción con la equidad de género en dos sentidos: primero, se dispone de las mujeres, estableciendo exigencias institucionales que llevan a mantener a muchas de ellas ancladas al rol doméstico y limitadas para desarrollar otras opciones de vida. Segundo, se da por supuesto un tipo de organización familiar (familias numerosas, a menudo extensas, con una o más mujeres dedicadas exclusivamente al hogar, y que no trabajan remuneradamente) que era predominante en décadas anteriores, pero que hoy es minoritario, sin preguntarse por la viabilidad social del modelo propuesto.

Uno de los desafíos que este estudio dejó abiertos es el de desarrollar una metodología de registro y cuantificación del conjunto de tareas de articulación entre el sistema doméstico e institucional, sobre todo de las que ocurren fuera del hogar y al interior de los recintos a donde acuden las mujeres. Como en el caso del primer estudio, se requiere esta cuantificación para la valoración eco-

---

nómica del cuidado doméstico, y en algunos casos para establecer de modo preciso cuál es el ahorro que logran los hospitales a cuenta de estos cuidados.

4 .

## *Algunas reflexiones finales*

- A.** Los antecedentes expuestos reafirman que, tal como señalan los análisis de género de la salud, el cuidado doméstico de la salud continúa y continuará siendo por un buen tiempo una parte central de la producción de salud por la sociedad, que está a cargo principalmente de mujeres, en estrecha interacción con la producción institucional de salud. El análisis del papel de las mujeres en el sistema institucional pone en evidencia su carácter subordinado y no reconocido social y económicamente, que se sustenta en el papel de cuidadora de la salud del hogar.
- B.** No obstante, esta presentación ha pretendido llamar la atención sobre el carácter no mecánico de la relación entre los sistemas doméstico e institucional de salud, apuntando a la variación de esa relación en diferentes contextos, nacionales o socioeconómicos. Desde esa perspectiva, se sostuvo que no es claro que en países como Chile, el desarrollo de Estados de Bienestar haya reducido la carga doméstica de los cuidados de la salud, pero en cambio parece evidente que las políticas de reforma de la salud de orientación neoliberal, junto a otros factores estructurales, estarían presionando para el incremento del cuidado doméstico de la salud, recargando aún más las tareas de las mujeres, como son las que vimos en el espacio doméstico, en el hospital y en la atención primaria.
- C.** En tal situación, cabe preguntarse si las mujeres están en condiciones y tienen el interés de asumir las nuevas demandas de cuidado o de aumentar la responsabilidad doméstica sobre la salud. La respuesta mayoritaria parece ser que sólo a costa de un retorno a un papel doméstico exclusivo y/o a costa de su propia salud y de su autonomía. La pregunta que sigue es cómo se resolverá el costo humano y financiero del cuidado doméstico de la salud, en países como los latinoamericanos, cuando el sistema institucional de la salud no ha mostrado intenciones de avanzar hacia un reparto de responsabilidades, ni siquiera de reconocer el gigantesco aporte a la salud del cuidado doméstico. En este sentido es que se hace necesario explicitar y reformular el verdadero contrato social que existe entre el Estado, las mujeres y el conjunto de la sociedad para la producción de la salud, desde la perspectiva de una redistribución de responsabilidades y decisiones entre todos los actores y actrices de la salud.
- D.** Para avanzar en el análisis y la formulación de propuestas en este campo sería interesante comparar países, considerando por ejemplo la variación de los cuidados domésticos e institucionales, y la diversidad de las tareas y los tiempos requeridos por la articulación doméstico-institucional, diferenciando también entre las mujeres pobres y las de otras capas de pobla-

---

ción. Este ejercicio es el que revela a la articulación de ambos sistemas como un punto neurálgico donde confluyen el modelo y grado de desarrollo nacional y su forma de articulación a los procesos de globalización; las transformaciones socioculturales de la vida familiar y de las relaciones de género, así como los conceptos de cuidado de salud presentes en la sociedad y en las políticas públicas. Desde este punto de vista, el análisis de esta articulación permite aquilatar las maneras concretas en que se asocian el sistema patriarcal y el sistema capitalista en realidades concretas.

**E.** Al desafío de ir construyendo marcos analíticos adaptables a la diversidad de situaciones históricas y nacionales, se agrega el de avanzar en la construcción de información válida y contundente sobre el cuidado doméstico de la salud y sus implicaciones prácticas y políticas, que sirva de modo eficaz a la construcción de argumentos y a la abogacía por la equidad de género en los sistemas de salud. De las experiencias mencionadas, así como de las diversas inquietudes del Programa Equidad de Género y Reformas se desprende que es necesario prestar atención a diferentes niveles y unidades de observación:

- En el nivel nacional, es imprescindible continuar los esfuerzos para ampliar las Cuentas Nacionales de Salud desde una visión macroeconómica que incorpore el género, a través de la valorización de la producción doméstica y no mercantil de salud. Aunque es una tarea difícil, no sólo se necesita para el sector salud, sino que parece ser el paso principal para llegar a hacer visible el trabajo doméstico en las Cuentas Nacionales. A su vez, sin este cambio en los sistemas más globales de cuentas de los países, será muy difícil el reconocimiento social de la producción doméstica.
- Es necesario asimismo, afinar las mediciones y el uso de datos de fuentes censales, encuestas nacionales y perfiles de morbilidad, prestando atención a la sumatoria actual de demandas de tiempo de cuidado doméstico de la salud, que es otro camino para la visibilización de sus costos.
- En el nivel micro, el estudio exploratorio realizado sobre enfermedades discapacitantes nos mostró todo un mundo por construir en cuanto a una adecuada medición del cuidado de enfermos y enfermas, más aún en un país como el nuestro donde no se realizan encuestas de uso del tiempo. La complejidad de la tarea se aprecia en las enormes diferencias que pueden producirse según el tipo de enfermedad y su avance y según las diferencias socioeconómicas entre los núcleos familiares.

Finalmente, los ejemplos señalados muestran que entre la medición del cuidado doméstico "puertas adentro", y las estimaciones macro dadas por censos y encuestas, hay que construir un punto de observación ubicado en el nivel institucional. Este debería considerar todas aquellas tareas derivadas de la articulación entre el sistema doméstico e institucional que se desarrollan "puertas afuera" y en los recintos del propio sistema institucional, las que son tan diversas como la toma de exámenes, la tramitación de licencias, la adquisición de medicinas, los tiempos de espera o el cuidado hospitalario de personas enfermas, entre otras. Esta medición tiene fines de conocimiento, sin duda, pero sobre todo es necesaria para denunciar y atajar la voracidad con que las reformas neoliberales se están dejando caer sobre el tiempo de las mujeres.

---

**KATJA REPO**

**LSocS, Investigadora.  
Departamento de Política y  
Trabajo Social. Universidad de  
Tampere. Finlandia**

*Acerca del  
Modelo de  
atención social  
de los países  
nórdicos: el  
ejemplo de  
Finlandia*



---

Como indico en el título, utilizando Finlandia como ejemplo, voy a realizar un acercamiento al modelo de estado del bienestar en los países nórdicos desde la perspectiva de la atención social. Voy a explicar la forma en la que los servicios de atención social y los pagos que se realizan por la atención se relacionan con las dos funciones que tienen las mujeres como madres y trabajadoras. Atendiendo al modo en que se apoya y socializa en Finlandia la atención infantil, voy a considerar las ventajas y costes que tiene la socialización de la atención para las opciones vitales de las mujeres finlandesas. En conclusión, voy a conectar esta cuestión específica con la posible dirección futura del modelo de atención social de los países nórdicos.

Los países nórdicos, Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia, suelen agruparse como representantes del denominado estado del bienestar nórdico. Una de las características distintivas de este modelo es su compromiso con los servicios de atención social generalizada. Según Anneli Anttonen (1997), se han de considerar estos países como "estados de servicios sociales" en lugar de estados de prestaciones sociales. Lo que significa que los servicios sociales de carácter público están proporcionados en su mayoría por autoridades locales. Es decir, en los países nórdicos las administraciones locales desempeñan un importante papel en la financiación y planificación de la producción de servicios sociales. Los servicios están también ampliamente disponibles para niños y niñas y personas ancianas, utilizándose así por todas las clases sociales, no solamente por la clase pobre. La participación que tienen las organizaciones de voluntariado y las personas que se encargan de la atención de los niños y niñas mientras la familia trabaja en la producción de servicios solamente complementa esta aportación de atención pública (Anttonen y Sipilä 1996).

Es decir, puede decirse que los estados del bienestar de los países nórdicos están "comprometidos con una pesada carga de servicios sociales" (Esping-Andersen 1990, 28). Dicha carga se debe al principio subyacente de generalización: toda la ciudadanía tiene derecho a servicios sociales. No obstante, el modelo escandinavo de servicios públicos con su compromiso de universalidad debe considerarse como tipo ideal. Por ejemplo, dentro de la prestación de servicios del sistema finlandés, este principio de universalidad se ha desarrollado solamente de forma incompleta. Dicho principio se ha puesto totalmente en práctica en la atención infantil, aunque sólo hasta cierto punto en la atención a las personas mayores (Anttonen 2001b; Kröger, Anttonen y Sipilä 2003).

Pese a no ser del todo completa la ejecución del principio de universalidad, la prestación de atención social es, en comparación, muy amplia en los estados del bienestar de los países nórdicos. Esta amplitud minimiza a su vez la dependencia que los individuos tienen de la familia, permitiendo que más mujeres escojan trabajar en lugar de atender a las labores domésticas. Así, los estados del bienestar pueden, y lo hacen, diferenciarse en cuanto a género. Los estados del bienestar de los países nórdicos suelen citarse constantemente como estados que se ocupan de la mujer. Por ejemplo, el estado del bienestar finlandés ha estado considerado como poseedor de un fuerte compromiso con la igualdad de géneros en base a ciertas reformas de apoyo a la mujer que ha realizado, como por ejemplo el sistema público de atención infantil (véase Anttonen 1994). En palabras de Esping-Andersen (2002), Finlandia ha "desfamiliarizado" así las responsabilidades del bienestar de forma activa, creando de esta forma una mayor independencia individual. Además,

---

y como ya he afirmado, la disponibilidad de los servicios de atención pública a las familias ha tenido una especial influencia en las opciones vitales de la mujer permitiéndoles desarrollarse como madres y como profesionales.

Estas características generales del estado del bienestar de los países nórdicos están apoyadas por datos estadísticos, los cuales muestran una gran participación de las mujeres de los países nórdicos en la vida laboral. Por ejemplo, en Finlandia en 1995, el 70 por ciento de las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años tenían un empleo, siendo una característica especial de la posición de estas mujeres en el mercado laboral finlandés que la mayoría de ellas tenía un empleo a jornada completa. Sólo el 11 por ciento de las mujeres en activo desempeñaba un trabajo a tiempo parcial (OECD 1996).

No obstante, existe también otra cara de esta visión general. De hecho, un número cada vez mayor de madres finlandesas se han quedado en casa en los últimos años desempeñando el papel de madres a jornada completa. Un significativo factor aclaratorio de esta tendencia es la nueva prestación social para los padres y madres, la subvención para atención doméstica infantil (1), introducida en 1985 y ampliada a todos los padres y madres con hijos e hijas menores de 3 años en 1989. Los padres y madres tienen derecho a recibir la subvención para atención doméstica infantil tras la baja por maternidad/paternidad, si sus hijos e hijas no utilizan servicios públicos de atención infantil. Tres cuartas partes de la población infantil de Finlandia con menos de tres años de edad y un tercio de los niños y niñas de menos de siete reciben en la actualidad atención doméstica, sobre todo por parte de sus madres.

Lo cual es bastante sorprendente, incluso contradictorio, en un país en el que los servicios públicos de atención infantil para niños y niñas que no están aún en edad escolar están a disposición de toda la población. De hecho, desde 1996 la atención infantil diurna se ha definido como un derecho social que tienen los padres y madres de niños y niñas que se encuentren por debajo de la edad escolar. Así, todas las niñas y niños que se encuentren por debajo de la edad escolar tienen garantizado por ley un lugar en los servicios de atención municipal diurna, teniendo las autorida-

---

(1) La subvención para atención doméstica infantil se puede conceder a las familias que tengan un hijo o hija de edad inferior a 3 años y que no se encuentre atendido por los servicios municipales diurnos. Si se concede, se paga también una pequeña parte extra por el resto de hijos e hijas que no estén en edad escolar que reciban el mismo tipo de atención. La subvención para la atención doméstica infantil también se puede cobrar si el niño o la niña acude a un jardín de infancia municipal a jornada parcial antes de empezar el colegio, o si la niña o el niño comienza el colegio a la edad de 6 años (es decir, un año antes de la edad escolar normal). La subvención se puede conceder de manera que se obtenga inmediatamente después de la que se concede por paternidad. Se paga hasta que el hijo o hija menor alcance la edad de tres años, o se transfiera su cuidado diurno a los servicios municipales, o hasta que la familia elija en su lugar recibir la subvención para atención privada diurna. La niña o el niño puede estar atendido por cualquier persona, por ejemplo el padre, la madre o algún familiar, o por una persona que ejerza la atención infantil privada ([www.kela.fi](http://www.kela.fi), 6/2001).



des locales, a su vez, la obligación de ofrecer estos servicios a las familias que decidan solicitarlos (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003).

Así, en Finlandia, la atención infantil pública es en la actualidad un derecho social universal. Pese a que no es este caso exclusivo de Finlandia, la prestación de atención infantil también tiene una gran amplitud en el resto de países nórdicos.

A nivel práctico, la atención diurna municipal que se ofrece en Finlandia funciona de dos maneras distintas: los niños y niñas pueden asistir a un centro de atención diurna, o bien una persona encargada de prestar atención empleada por el municipio puede atenderlos. La prestación pública de atención diurna se ha planificado en base a una familia en la que tanto el progenitor como la progenitora trabajan y se ha ajustado a estructuras de mercado laboral en las que no es frecuente el trabajo a tiempo parcial (Kröger, Anttonen y Sipilä 2001). La prestación municipal de atención diurna también ha tenido en cuenta, hasta cierto punto, la atención que se necesita en aquellos casos en los que padres y madres trabajan durante la tarde, la noche o los fines de semana.

El derecho universal a la atención infantil municipal puede tanto a nivel teórico como práctico hacer que los planes de atención infantil de las familias sean más sencillos o, al menos, menos complicados de preparar. En realidad, la mayoría de las personas que trabajan aprovechan este derecho. En 1996, de los niños y niñas (entre 0 y 8 años de edad) que recibían atención fuera de casa, cuyo progenitor y progenitora trabajaban, el 85% eran usuarios de los servicios municipales de atención infantil. El 57% de éstos participaban en centros municipales de atención diurna y el 28% recibía la atención de cuidadoras y cuidadores contratados por el municipio (Sauli 1998, 93). Como tal, la prestación municipal de atención infantil puede considerarse como la principal forma de atención de los niños y niñas pertenecientes a familias en las que tanto el padre como la madre trabajan.

**TABLA 1. Atención a los niños y niñas (entre 0 y 8 años de edad) de familias en las que el padre y la madre trabajan, cuando éstos han recibido atención fuera del hogar. Otoño de 1996.**

CENTRO DE ATENCIÓN	%
Municipal	57
Privado	3
Cuidador	
Municipal	28
Privado	4
Otros	
Remunerado	4
Gratuito	4
Todos	100

Fuente: Sauli 1998

---

Estos servicios municipales no son, no obstante, prestados de forma gratuita. Los padres y madres tienen que pagarlos, aunque, por otro lado, las tarifas están relacionadas con los ingresos y reciben altas subvenciones estatales (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003). La tarifa máxima mensual de la atención municipal diurna a jornada completa en 2003 es aproximadamente 200 euros por niño/niña.

Como la atención infantil constituye un derecho social universal, los servicios municipales están diseñados para prestar servicio no exclusivamente a las necesidades de atención de las familias más desfavorecidas económicamente ni a las familias con problemas sociales. Así, no provocan la estigmatización social de aquellas personas que los utilizan. Todo lo contrario, se ha documentado el hecho de que a finales de los 90 eran las familias de clase media y alta las que constituían el grupo usuario ordinario de atención diurna municipal (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003).

A su vez, la prestación de atención vespertina destinada a jóvenes escolares en Finlandia no presenta elementos de universalidad. No existe ninguna ley que obligue a las autoridades locales a organizar la atención vespertina de jóvenes escolares. Las disposiciones reales tienen una base discrecional: las autoridades locales pueden organizar atención vespertina en caso de observar una necesidad para ello. Incluso en los casos en que está organizada, no todas las personas solicitantes tienen una plaza garantizada. También hay pluralismo entre las y los encargados de dar este tipo de atención. En el año 1996, sólo el 11% de escolares entre 7 y 8 años participaron en los clubes organizados para actividades vespertinas (Sauli 1998, 92).

Tampoco la prestación de atención privada diurna ha desempeñado una función significativa en Finlandia. En 1996, el 7 % de las familias en las que la madre y el padre desarrollan una carrera profesional con niños y niñas de menos de ocho años dependía de la prestación de atención infantil privada (Sauli 1998, 93). Desde los 90 la prestación de atención diurna privada ha comenzado, no obstante, a experimentar un aumento. Esto se debe en parte a la nueva prestación social, *la subvención para atención diurna privada* (2), que permite a los padres y madres adquirir los servicios que se ofrecen en el mercado. Esta subvención puede pagarse, por ejemplo, al provee-

---

(2) Así, los padres y madres que trabajan tienen la posibilidad de solicitar una subvención para atención diurna privada. El motivo de esta subvención es ayudar a preparar la atención diurna de niños y niñas que no estén en edad escolar. La subvención se puede pagar a la persona proveedora de atención infantil privada que elijan los padres y madres. Se puede pagar por cada niño o niña que tenga este derecho de la familia a partir del final del periodo de subvención por paternidad/maternidad hasta que éste comience a ir al colegio. Los servicios de atención diurna pueden ser proporcionados por un individuo u organización que ofrezca servicios de atención en base a unas tarifas. La subvención no puede pagarse a un familiar o a cualquier otra persona que cuide del niño o la niña sin un contrato de empleo formal o que no cobre por sus servicios. La subvención para atención diurna privada consta de una subvención básica y un suplemento relacionado con los ingresos y se pagan por cada niño o niña que tenga derecho a dicha subvención ([www.kela.fi](http://www.kela.fi), 6/2001).

---

dor o proveedora de atención infantil privada que elijan los padres y madres. La subvención cubre parte de los gastos de atención, mientras que el resto lo pagan los padres y madres.

Básicamente, como he tratado de demostrar en el presente artículo tomando Finlandia como ejemplo, las mujeres escandinavas han conseguido ampliar los derechos sociales para que lleguen a cubrir la atención de los niños y niñas pequeñas (Anttonen 2001). Según Anneli Anttonen (1997), el derecho a la atención diurna municipal es una manifestación de la feminización de la ciudadanía y los derechos sociales. No obstante, en Finlandia sólo una minoría de niños y niñas menores de tres años recibe atención por parte de las organizaciones municipales de atención diurna. La mayoría de estas niñas y niños son atendidos en la actualidad en casa (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003).

Esta situación se debe en parte a los nuevos pagos destinados a atención que he mencionado: la *subvención para atención infantil doméstica* y la *subvención para atención diurna privada*. Queda claro que estos pagos han favorecido la atención doméstica informal o la atención privada. Pese a que estas prestaciones no refuerzan la producción de atención pública, pueden ser vistas como formas de compensación de las necesidades legítimas de servicios ampliando las opciones que los padres y madres tienen disponibles. Como tal, se puede argumentar que representan una nueva forma de universalidad (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003). La política de atención infantil existente en Finlandia puede verse en la actualidad como basada en la idea del derecho que tienen los padres y madres a escoger entre distintas formas de atención infantil (Anttonen 2001). Por tanto, las madres y los padres finlandeses disponen de dos derechos bastante distintos: un derecho a la atención diurna municipal, y en caso de decidir no hacer uso de la misma, un derecho a los nuevos pagos para la atención (Kröger, Anttonen y Sipilä 2003). Así, esta nueva "universalidad" puede considerarse que incluye, aplicándose a su vez, a aquellos que no deseen o no puedan participar en los servicios de atención diurna organizados por los municipios. Todas las niñas y niños quedan cubiertos por alguna forma de ayuda pública.

En la base de todo esto podemos decir que los gobiernos de Finlandia han apoyado económicamente dos papeles bastante distintos de las madres, o imágenes de la maternidad: han resaltado las funciones de la mujer como trabajadoras a jornada completa, además de su derecho a escoger poder quedarse en casa para atender a sus hijos e hijas. Por ejemplo, en Noruega también están en vigor unos pagos similares, y por tanto, una política parecida. Esta nueva situación en la que muchas madres de niñas y niños pequeños se encuentran fuera del mercado laboral es bastante sorprendente con respecto a la imagen que ha tenido Finlandia, y otros países nórdicos, de sociedad igualitaria en la que tanto el padre como la madre trabajan. Desde un punto de vista feminista, nos podemos preguntar si debemos apoyar estos distintos nuevos pagos para atención, que han supuesto que las mujeres permanezcan en casa durante periodos más largos y así su ausencia del mercado laboral sea mayor (y de su desarrollo profesional), o ¿debemos concentrarnos en la cuestión de la igualdad de géneros y desarrollar servicios que permitan a las mujeres combinar trabajo y familia? Es importante observar que esta cuestión no implica necesariamente una contradicción o que sea necesario realizar una selección entre ambas. Una respuesta posible a

---

este dilema puede, de hecho, establecerse en hacer que los padres y madres participen en la atención de los hijos e hijas cuando ésta se organice en casa con apoyo público. Sería la forma de mantener la libertad de elección sin que se produzcan retrocesos en el proceso de igualdad de géneros que ha supuesto una de las ventajas aportadas por la prestación pública de atención diaria. Otra manera de proponer esta cuestión relativa a un aspecto de la dirección futura de la prestación de atención social en los países nórdicos es: ¿Debemos esperar, o aceptar, que los países nórdicos vayan más allá de su imagen característica de estados de servicio hacia esta nueva forma de universalidad en la que existe pluralismo entre proveedores de servicios, más opciones para los individuos y distintos planes de atención con apoyo estatal? Si es así, ¿cómo comprobamos que el nivel de igualdad de género conseguido se mantiene, se garantiza la calidad de servicios para todos los usuarios y usuarias y que las mismas opciones son económicamente opciones reales? En mi opinión, dar una respuesta satisfactoria a estas últimas preguntas es fundamental antes de poder empezar a dar respuesta a la primera. También es fundamental para los amplios derechos sociales de los ciudadanos y ciudadanas que han caracterizado al estado del bienestar de los países nórdicos.

## Referencias

- Anttonen, Anneli (2003). Lastenhoidon kaksi maailmaa [Dos mundos de atención infantil] en: Forsberg, Hannele & Nätkin, Ritva (editores) *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. [Familias en transición. Ensayos sobre estudios críticos de familia]*, Gaudeamus, Helsinki, 159-185.
- Anttonen, Anneli (2001). The Female Working Citizen. Social Rights, Work and Motherhood in Finland. *Kvinder, Køn & Forskning* nr 2, 33-44.
- Anttonen, Anneli (2001b). The politics of social care in Finland: child and elder care in transition in: Mary Daly (editor) *Care Work. The Quest for Security*, Oficina internacional del trabajo, Ginebra, 143-158.
- Anttonen, Anneli (1997) The Welfare State and Social Citizenship en: Kauppinen, Kaisa & Gordon, Tuula (editores.) *Unresolved Dilemmas. Women, Work and Family in the United States, Europe and the Former Soviet Union*. Ashgate, Aldershot, 9-32.
- Anttonen, Anneli (1994) Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot in: Anttonen, Anneli, Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva (editores.) *Naisten hyvinvointivaltio [El estado del bienestar de la mujer]*, Vastapaino, Tampere.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (1996). Servicios europeos de atención social: Is it Possible to Identify Models? in: *Journal of European Social Policy* Vol. 6 No. 2, 87-100.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen, Gøsta (2002). "Towards the Good Society, Once Again?" en: Esping-Andersen, Gøsta, Gallie, Duncan, Hemerijck, Anton & Myles, John (2002) *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Kröger, Teppo; Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2003). "Atención social en Finlandia: Stronger and Weaker Forms of Universalism" en: Anttonen, Anneli; Baldock, John & Sipilä, Jorma (editores.) *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Edward Elger, Cheltenham.
- OECD (1996) Employment Outlook. Julio de 1996.
- Sauli, Hannele (1998) "Perheet ja työ [La familia y el trabajo]" en: *Työ, aika ja elämänvaiheet [Trabajo, tiempo y etapas de la vida]*. Työmarkkinat 1998:9, Tilastokeskus.