



EXPERIENCIAS DE VIDA DE LAS CUIDADORAS: AUTONOMÍA ECONÓMICA Y EXPECTATIVAS





RESUMEN EJECUTIVO
ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
DE POLÍTICA PÚBLICA

IDENTIFICACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES
QUE REALIZAN TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADOS
A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
SEVERA Y/O POSTRADAS

Santiago de Chile, febrero de 2024

COMITÉ DIRECTIVO, EJECUTIVO
MARÍA PÍA OLIVERA (JEFA DE PROYECTO)
TAMARA JERI
OLGA SEGOVIA

GUERNICA[®]
CONSULTORES

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	METODOLOGÍA	3
III.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA.....	5
	III.1. El Cuidado como Ciclo y sus Transiciones	6
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	6
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	6
	III.2. El Cuidar como ‘Trabajo’	7
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	7
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	8
	III.3. La Necesidad de ‘Relevo’	8
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	8
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	9
	III.4. La (Re)Construcción de un Proyecto de Vida.....	9
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	9
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	10
	III.5. Las Necesidades de Capacitación.....	10
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	10
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	11
	III.6. Los Requerimientos en el ámbito de la Salud	11
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	11
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	12
	III.7. La Centralidad de la Vinculación con la Comunidad.....	13
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	13
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	14
	III.8. La Centralidad de la Vinculación con la Comunidad.....	14
	CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.....	14
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	14

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN

El presente Resumen Ejecutivo, corresponde a la consultoría “IDENTIFICACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE REALIZAN TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA Y/O POSTRADAS”, llevada a cabo por GUERNICA Consultores¹ a requerimiento de la División de Estudios y Capacitación del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. La consultoría tuvo como propósito central **indagar sobre las experiencias de mujeres que realizan trabajo de cuidados no remunerado a personas con discapacidad severa y/o postradas**, y la incidencia de este trabajo en su autonomía económica y expectativas de vida futura.

II. METODOLOGÍA

En términos metodológicos, la consultoría incorporó una **aproximación básicamente cualitativa**, en el marco de un estudio exploratorio basado en entrevistas semi-estructuradas en profundidad a mujeres cuidadoras de PcDDS y, de manera complementaria, grupos focales a actores institucionales y a representantes de organizaciones de cuidadoras.

En total, se produjo, moderó y analizó **24 entrevistas a cuidadoras**, en uno o más eventos o encuentros, de una duración aproximada total de 4 horas promedio; y se produjo, moderó y analizó 4 grupos focales, uno a representantes de organizaciones de cuidadoras, y tres a actores y actoras institucionales.

La complejidad del instrumento ‘entrevista’, incorporó **tres métodos complementarios**: la trayectoria de vida, la entrevista clásica, y la planilla de uso de tiempo:

	INSTRUMENTO Y ACTORÍA	METODO DE ENTREVISTA	CARACTERÍSTICAS E INSTRUMENTO DE REGISTRO Y TIPO DE ANÁLISIS	PERSPECTIVA TEMPORAL	ENFOQUES
APROXIMACIÓN CUALITATIVA Estudio Exploratorio – Campo: enero – febrero 2024	ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA, MUJERES CUIDADORAS (en uno o más eventos)	Trayectoria de vida: recorrido vital relatado, con hitos de cambio relacionadas con vida personal incluyendo trabajo de cuidados, trabajo productivo y salud.	Planilla de llenado Trayectoria Vital, con: · Eje reproductivo (vida familiar, trabajo doméstico, trabajo de cuidados) · Eje de salud · Eje productivo (trabajo remunerado y no remunerado; incluye estudios) ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS	Longitudinal	· Interseccional · Territorial
		Entrevista clásica: caracterización y dimensiones de la experiencia de cuidado	Cuestionario semiestructurado respuesta abierta, con: · Percepciones · Valoraciones · Caracterizaciones (ejemplo, costos) ANÁLISIS DE CONTENIDO	Transversal	
		Uso de tiempo: registro de actividades realizadas durante 24 horas por parte de la entrevistada	Planilla de Uso de Tiempo, con: · Registro de actividad principal cada fracción de 30 minutos · Registro de hora de ‘levantarse’ y de hora de ‘acostarse’ · Registro de número de veces con interrupción del sueño para realización de tareas de cuidado CUANTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE USO DEL TIEMPO		
GRUPO FOCAL ACTORÍAS INSTITUCIONALES	Entrevista grupal clásica				

¹ El equipo de investigación principal estuvo conformado por María Pía Olivera (jefa de proyecto), Tamara Jeri, Olga Segovia, Soledad Parada, Nicolás Méndez, Anastasia Ganderats y Camila Matulic.

Respecto a la construcción de la perspectiva de análisis y de producción de datos, se elaboró al inicio un **marco teórico**, con el objetivo de incorporar las **principales dimensiones abordadas desde la academia**, operacionalizándolas en las propias pautas de entrevista. Seguidamente y luego de dos meses de inmersión profunda en el terreno, se trabajó en el análisis triangulando las perspectivas temporales longitudinal y transversal; así como los enfoques territorial e interseccional; arribando a una mirada amplia y abierta a la detección de comunalidades y especificidades de la experiencia de cuidar:

DIMENSIONES DE ABORDAJE TEÓRICO	ANÁLISIS DESDE:	
	COMUNALIDADES	ESPECIFICIDADES O ENFOQUE INTERSECCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensión Individual ▪ Dimensión Económica ▪ Dimensión Familiar ▪ Dimensión Socio Comunitaria ▪ Dimensión Institucional 	<p>¿Qué es lo común, de la experiencia de cuidar? Aquello que tiene lugar, independientemente de las características relevadas desde el enfoque interseccional (u otras)</p>	<p>¿Qué es lo particular, de la experiencia de cuidar, a partir de la superposición de identidades de tipo...?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Género, diversidades sexuales ▪ Ciclo de vida ▪ Condición migratoria ▪ Pertenencia a pueblo originario ▪ Localización urbana y rural ▪ Vulnerabilidad económica ▪ Posición en la fuerza de trabajo ▪ Parentesco con PcDS ▪ 'Intensidad' de la función del cuidado <p>... aspectos que resultan indicativos de necesidades distintas, dificultades de acceso particulares, o adecuaciones específicas desde la oferta</p>

Finalmente, y antes de dar lugar a la tercera parte de este Resumen presentando las principales conclusiones y recomendaciones orientadas a la política pública asociada a cuidados, cabe **releva las características de las 24 mujeres que permitieron el acceso a los siguientes hallazgos**, en una apertura generosa y abierta:

NOMBRE	MACROZONA, COMUNA	CARACTERÍSTICAS RELEVANTES	RELACIÓN DE PARENTESCO CON PcDS Y CARACTERIZACIÓN DISCAPACIDAD	INTENSIDAD DEL CUIDADO		
				AÑOS CUIDANDO	AÑOS CUIDANDO A PcDS	INTENSIDAD DEL CUIDADO
1. Cristina	Norte, Antofagasta	43 años; MIGRANTE peruana; pobre y urbano; jefa de hogar	MADRE de TEA, 5 años con TEA severo	24 años	5 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS y dos hijas adolescentes
2. Alejandra	Norte, Antofagasta	26 años; MIGRANTE venezolana; NO pobre y urbano	MADRE de TEA, 3 años con TEA esperando confirmación severidad	18 años	3 años	MULTICUIDADOS: cuida a 2 PcDS (TEA a la espera de severidad)
3. Judith	Norte, Antofagasta	40 años; chilena; pobre y urbano	MADRE de TEA; 7 años severa	27 años	7 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS, 4 hijos y 1 sobrino
4. Eva	Norte, Calama	51 años; MIGRANTE venezolana; NO pobre y urbano	MADRE 2 postrados, con infarto cerebral.	16 años	16 años	MULTICUIDADOS: dos PcDS
5. Guadalupe	Norte, San Pedro	36 años; ORIGINARIO atacameña; jefa de hogar; pobre y urbano	MADRE 1 PcDS, 15 años en silla de ruedas (sin una pierna)	18 años	2 años	MULTICUIDADOS: PcDS y sobrino de 8 años
6. Blanca	Norte, Antofagasta	33 años; MIGRANTE boliviana; pobre y urbano	MADRE de TEA, 3 años con TEA severo	14 años	4 años	MULTICUIDADOS: PcDS y 2 hijos adolescentes
7. Margarita	Viña del Mar	60 años; chilena; NO pobre y urbano	MADRE de PcDS, 34 años silla de ruedas (sin movilidad desde cintura)	35 años	35 años	Unicuidados: solo PcDS
8. Susan	Norte, Mejillones	36 años; MIGRANTE colombiana; pobre y urbano	MADRE de PcDS, niño de 3 años sin brazos	5 años	5 años	MULTICUIDADOS: PcDS y otro hijo de 2 años.
9. Claudia	Centro, Cerro Navia	43 años; chilena; pobre y urbano.	HUJA de PcDS, madre con dificultades para moverse y para recordar.	28 años	5 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS, hijo y nieto
10. Jaqueline	Centro, Cerro Navia	41 años; ORIGINARIO Mapuche; pobre y urbana; jefa de hogar	NIETA de PcDS. La abuela tiene cáncer y secuelas de ACV.	22 años	10 años	Multicuidado: PcDS y abuelo de 90 años
11. Marisol	Centro, PAC	64 años; ORIGINARIO quechua; pobre y urbana; jefa de hogar	ESPOSA de PcDS, síndrome de ausencia.	56 años	10 años	Unicuidados: solo a PcDS
12. Gina	Centro, PAC	61 años; chilena; NO POBRE y urbana.	NUERA de PcDS, alzhéimer (90 años).	44 años	3 años	Multicuidado: suegra (PcDS) y suegro

NOMBRE	MACROZONA, COMUNA	CARACTERÍSTICAS RELEVANTES	RELACIÓN DE PARENTESCO CON PcDS Y CARACTERIZACIÓN DISCAPACIDAD	INTENSIDAD DEL CUIDADO		
				AÑOS CUIDANDO	AÑOS CUIDANDO A PcDS	INTENSIDAD DEL CUIDADO
1. Cristina	Norte, Antofagasta	43 años; MIGRANTE peruana; pobre y urbano; jefa de hogar	MADRE de TEA, 5 años con TEA severo	24 años	5 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS y dos hijas adolescentes
2. Alejandra	Norte, Antofagasta	26 años; MIGRANTE venezolana; NO pobre y urbano	MADRE de TEA, 3 años con TEA esperando confirmación severidad	18 años	3 años	MULTICUIDADOS: cuida a 2 PcDS (TEA a la espera de severidad)
3. Judith	Norte, Antofagasta	40 años; chilena; pobre y urbano	MADRE de TEA; 7 años severa	27 años	7 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS, 4 hijos y 1 sobrino
4. Eva	Norte, Calama	51 años; MIGRANTE venezolana; NO pobre y urbano	MADRE 2 postrados, con infarto cerebral.	16 años	16 años	MULTICUIDADOS: dos PcDS
5. Guadalupe	Norte, San Pedro	36 años; ORIGINARIO atacameña; jefa de hogar; pobre y urbano	MADRE 1 PcDS, 15 años en silla de ruedas (sin una pierna)	18 años	2 años	MULTICUIDADOS: PcDS y sobrino de 8 años
6. Blanca	Norte, Antofagasta	33 años; MIGRANTE boliviana; pobre y urbano	MADRE de TEA, 3 años con TEA severo	14 años	4 años	MULTICUIDADOS: PcDS y 2 hijos adolescentes
7. Margarita	Viña del Mar	60 años; chilena; NO pobre y urbano	MADRE de PcDS, 34 años silla de ruedas (sin movilidad desde cintura)	35 años	35 años	Unicuidados: solo PcDS
8. Susán	Norte, Mejillones	36 años; MIGRANTE colombiana; pobre y urbano	MADRE de PcDS, niño de 3 años sin brazos	5 años	5 años	MULTICUIDADOS: PcDS y otro hijo de 2 años.
9. Claudia	Centro, Cerro Navia	43 años; chilena; pobre y urbano.	HIJA de PcDS, madre con dificultades para moverse y para recordar.	28 años	5 años	MULTICUIDADOS: cuida a PcDS, hijo y nieto
10. Jaqueline	Centro, Cerro Navia	41 años; ORIGINARIO Mapuche; pobre y urbana; jefa de hogar	NIETA de PcDS. La abuela tiene cáncer y secuelas de ACV.	22 años	10 años	Multicuidado: PcDS y abuelo de 90 años
11. Marisol	Centro, PAC	64 años; ORIGINARIO quechua; pobre y urbana; jefa de hogar	ESPOSA de PcDS, síndrome de ausencia.	56 años	10 años	Unicuidados: solo a PcDS
12. Gina	Centro, PAC	61 años; chilena; NO POBRE y urbana.	NUERA de PcDS, alzhéimer (90 años).	44 años	3 años	Multicuidado: suegra (PcDS) y suegro

Se trata, sintetizando, de 12 mujeres que cuidan a su descendencia (son las madres); 10 que cuidan a sus progenitores (son las hijas, nueras y nietas); y dos que cuidan a sus pares (son las esposas o hermanas). Además, incorpora la experiencia de 5 mujeres migrantes, 6 mujeres rurales, 3 pertenecientes a pueblos originarios, 4 de 60 años y más, 2 pertenecientes a disidencias sexuales, y 3 en condiciones habitacionales de alta vulnerabilidad (campamentos).

El relato mostrará cómo **son tres las identidades que marcan mayores diferencias** respecto a las necesidades, a la presencia de factores protectores a la experiencia masiva de cuidar, y/o a el acceso a la oferta pública:

- El **parentesco con la persona cuidada**, que se cruza de manera importante con el **ciclo de vida** (las madres, las hijas, las compañeras);
- La condición de **migrante reciente** -diferenciándola de la migrante establecida y regularizada; y
- La localización en el **mundo rural**.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

A partir del análisis pormenorizado de la **experiencia de las cuidadoras de personas con discapacidad y dependencia severa (PcDDS)**, realizado a través del recorrido por las distintas **dimensiones** priorizadas desde la reflexión teórica -individual, económica, familiar, socio comunitaria e institucional-; del que surgen claramente **interacciones, potenciadores y necesidades combinadas y comunes** (análisis de comunalidades); así como **interacciones y necesidades específicas** derivadas de las **distintas identidades** que van moldeando y posicionando a las cuidadoras (análisis interseccional), es posible concluir focalizando la atención en **ocho conclusiones transversales o ‘focos’ de potencial respuesta de la política pública al ámbito del cuidado**:

- El cuidado como ciclo, y sus transiciones
- El cuidar como ‘trabajo’
- La necesidad de relevo
- La (re)construcción de un proyecto de vida
- Las necesidades -diversas- de capacitación
- Los requerimientos específicos en el ámbito de la salud
- La centralidad de la vinculación con la comunidad

- Las características del avance en corresponsabilidad

A la base de estos ocho ámbitos, se encuentra la constatación de la integralidad y la multidimensionalidad de la experiencia de cuidar a PcDDS y, en consecuencia, la necesidad concatenada de generar un **modelo de atención a cuidadoras** que reconozca el carácter dinámico (cambiante) de la experiencia, así como la inextricable relación e interacción entre dimensiones y potenciales ‘intervenciones’ que, si no es de manera articulada, *no contribuirán de manera suficientemente eficaz*. Se trata de orientar la acción hacia un Programa de Mujeres Cuidadoras de PcDDS, concebido como un **producto integral**, distinto a la recepción de componentes, servicios o atenciones de manera aislada, consistente en el diseño y el acompañamiento a trayectorias o itinerarios específicos, orientados a la (re)construcción de un proyecto de vida, dotado de mayor autonomía, y basado de manera sustantiva en el concepto de corresponsabilidad social.

III.1. EL CUIDADO COMO CICLO Y SUS TRANSICIONES

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

- El trabajo de cuidados es una **experiencia vital con estadios** en función del **curso de vida** y, además, concatena *diferentes personas cuidadas*. Adicionalmente, supone **ciclos propios** a su interior: el *inicio* del cuidado; los *cambios* durante la experiencia del cuidado (y sus ‘consolidaciones’); el potencial *fin* del cuidado -en el ciclo de vida de una PcDDS.
- El **inicio del proceso** de cuidado es muy complejo: se superpone la **ansiedad** por una experiencia no conocida, por el duelo de lo que no fue o de lo que deja de ser, por las dudas ‘objetivas’ (qué es esta enfermedad, qué alcances tiene, cómo continúa); con la **ausencia de ‘entrenamiento’** para el manejo de una situación nueva y emergente. Se trata de un proceso psicológica y logísticamente demandante y ‘agudo’².
- El **horizonte asociado al ‘fin’ del proceso** de cuidado a una PcDDS no es unívoco: para quienes cuidan a *descendientes* (las ‘madres’) no hay perspectiva de término de la necesidad de prestar apoyo y asistencia: la persona cuidada, presumiblemente, sobrevivirá a la persona cuidadora; lo que, otra vez, genera angustia, ansiedad, y necesidad de planeación y corresponsabilidad social y estatal. Para quienes cuidan a *pares* (las hermanas, las cuñadas, las esposas), y para quienes cuidan a progenitores (las hijas, las nueras, las nietas), la probabilidad de dejar de cuidar es evidente y las problemáticas asociadas a ese escenario relevan distintas necesidades asociadas a cómo, mientras se vive el *duelo* de la pérdida, *‘repoblar’ la vida*, recuperar capacidades, intereses, posibilidades; en suma, asociadas al *cómo recuperar la autonomía* en el sentido más amplio de la palabra, incluyendo el ámbito económico. Así, resulta **complejo para las mujeres visualizar el futuro y plantearse un proyecto vital** sin el actual trabajo de cuidados, debido a la asociación con la *pérdida de la persona cuidada*; y con el hecho de que el trabajo de cuidado *coloniza la globalidad de las dimensiones de la vida*, no dejando lugar al desarrollo de proyectos personales.
- En este marco y asociado al **‘presente’ del ciclo** -la experiencia de cuidar- las mujeres acceden y valoran el adquirir y el mejorar competencias mediante **capacitaciones y transferencias** desde el personal de salud; sin embargo, los espacios de capacitación no resultan suficientes ni adecuados a sus necesidades.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

En función de los hallazgos, resulta pertinente proponer la generación de una **oferta de apoyos a las transiciones del cuidado**:

AL INICIO DEL CUIDADO

- Servicios de **acompañamiento e información** sobre la **red de asistencia de salud y rehabilitación**, así como sobre sobre la **condición de salud** de la PcDDS (con entrega de orientación y educación sobre su estado actual, proyecciones de futuro, escenarios posible, consecuencias de la dolencia, etc.).

² Las condiciones agudas son *severas y repentinas* al inicio -a diferencia de las condiciones crónicas, que corresponden a una larga evolución una vez transcurrido un tiempo prudencial desde la emergencia.

- Apoyo para **postulación** a subsidios de **ayudas técnicas, servicios de apoyo**, subsidios para **adecuación de vivienda, estipendio**, entre otros.
- Acompañamiento de **salud mental** para el “**duelo**” que implica la pérdida de su vida personal, el cambio en las relaciones (pares, progenitores), el cambio respecto a lo esperado o el manejo de la frustración y expectativas (madres).
- **Entrenamiento** básico para asumir las tareas de cuidado acorde a la condición de salud de la PcDDS, no sólo a la cuidadora principal sino a **todo el núcleo familiar**.

AL TÉRMINO DEL CUIDADO

- Acompañamiento de **salud mental** para integrar el “**duelo**” que implica la *pérdida del ser querido*; así como, eventualmente, la pérdida de su *rol cotidiano* y de su *identidad como cuidadora*. Y acompañamiento de salud mental para el enfrentamiento del *escenario potencial de sobrevivencia de las personas cuidadas* (las y los hijos) a sus madres/abuelas cuidadoras.
- Acceso a **información de alternativas de cuidado y desarrollo de autonomía, desde la corresponsabilidad familiar y estatal**, para las PcDDS -pensión por discapacidad, canasta de discapacidad, programas de relevo potencialmente asociados a otros familiares, programas de desarrollo de autonomía, etc.
- Acceso a **información de alternativas de desarrollo de capital humano**, tales como nivelación (término) de estudios para adultos, oferta de capacitación pública y certificación de competencias, tanto durante la experiencia de cuidar (visión de presente y de futuro) como durante el período asociado al término del ciclo (lo que llama la atención sobre la necesidad de **mantener en el sistema de cuidados a las cuidadoras** de PcDDS, una vez fallecidos/as los destinatarios del cuidado, para el acompañamiento en el proceso de ‘reinserción’ identitaria, social y económica).
- Vinculación con otras mujeres cuidadoras como **facilitadoras y monitoras en la etapa de transición a cuidar**. Lo que pone en valor su experiencia, y constituye una posible fuente de generación de ingresos.
- Vinculación con **programas de apoyo al desarrollo de proyectos de vida** -lo que se desarrollará como eje específico más adelante.

III.2. EL CUIDAR COMO ‘TRABAJO’

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

- El cuidar sostenidamente a una PcDDS **constituye ‘trabajo’** -en el sentido atribuido al productivo remunerado- porque consiste en una **actividad física e intelectual** que se realiza con el objetivo de **satisfacer las necesidades de la persona cuidada**. Además, conlleva -tal como en el primer caso- **tareas** específicas, **obligaciones** horarias y rutinas, así como **esfuerzos** concretos asociados.
- Sin embargo, se trata de un trabajo con **características distintivas especialmente demandantes**:
 - o por un lado, incorpora el **componente emocional** (se trata de una actividad de la que no es posible ‘distanciarse’ internamente) y se enmarca dentro de lo que se entiende como un **mandato social o deber ser** -que difumina los límites entre el ‘trabajo’ y la ‘obligación’.
 - o por otro lado, **no limita** (implicando clara sobre carga) ni el **número de funciones y/o tareas**; ni los **horarios o el tiempo de dedicación** (al día, a la semana³); ni el **‘tipo’ o la magnitud del esfuerzo** (se enmarca en el trabajo pesado: aquel que “*acelera el desgaste físico, intelectual o psíquico en la mayoría de quienes lo realizan, provocando envejecimiento precoz*”).
 - o finalmente, **deja fuera dos aspectos sustantivos de la noción de ‘trabajo’**: la **remuneración**, y la **seguridad social** (asistencia médica, seguridad del ingreso -vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes, etc.).

³ En promedio, al día se destina 11.3 horas a la asistencia personal y cuidado de la PcDDS y al trabajo doméstico -que constituye muchas veces funciones de cuidado indirecto.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

A partir del discurso y la verificación de circunstancias de las mujeres cuidadoras, es factible concluir proponiendo la **generación de un marco normativo, resguardos de protección, y una campaña de información y sensibilización**, asociados al trabajo de cuidados actualmente no remunerado:

BRINDAR APOYO AL COMPONENTE EMOCIONAL Y A LA SOBRECARGA DE UN ESFUERZO DE DEDICACIÓN SIN LÍMITE TEMPORAL (24/7) DEL TRABAJO DE CUIDADOS

- **Atención psicológica preferencial**, dirigida a la **salud mental de las cuidadoras**, con detección de condiciones de sufrimiento psíquico previo y condiciones de sufrimiento psíquico asociadas al cuidado.
- **Acompañamiento psicológico continuo**, dirigido a la **función de cuidar** asumida por las cuidadoras, en la línea de los procesos de ‘supervisión’ del personal de salud (herramientas de protección y de auto protección)
- **Atención clínica y dental preferencial** en centros de salud (preferencia en acceso, flexibilidad y respeto de turnos).
- **Difusión** entre las *cuidadoras* y entre los *prestadores* de la oferta pública de salud, del **carácter de acceso preferente**.
- **Programa de seguimiento** a cuidadoras de PcDDS, evaluando la **curva del esfuerzo** sobre la salud física y mental.
- Protocolo de **detección de cuidadoras con discapacidad** previa, para -en trabajo conjunto con eje anterior- implementación de medidas de mitigación (apoyos) asociadas al cuidado.

CONTRIBUIR A ACOTAR (PROTEGER) EL TRABAJO DE CUIDADOS

- Limitar el **número de funciones / tareas**, aumentando la **cobertura de servicios de apoyo y asistencia personal a PcDDS**, liberando de funciones a las cuidadoras.
- Limitar los **horarios o tiempo de dedicación** (al día, a la semana), realizando acciones de sensibilización/visibilización que tiendan a la **corresponsabilidad familiar**; y aumentando la cobertura y la pertinencia de los servicios de relevo como **corresponsabilidad estatal**.
- Mitigar las **consecuencias del tipo y magnitud del esfuerzo**, realizando diagnóstico de PcDDS, con el objetivo de brindar **apoyos complementarios** paliativos ad hoc; e incorporando el trabajo de cuidados actualmente no remunerado, a la categoría de **trabajo pesado**, de modo de garantizar la recepción de los beneficios asociados.

INCORPORAR AL TRABAJO DE CUIDADOS, DE MANERA GRADUAL O ESCALONADA, ELEMENTOS DEL TRABAJO PRODUCTIVO REMUNERADO

- Asegurar **remuneración** (diferenciándola de los costos del cuidado, y en el marco del estudio de una *canasta básica* ad hoc constitutiva de potencial subsidio diferencial al hogar)
- Incorporar **seguridad social**: asistencia médica, seguridad del ingreso -vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes)

REALIZAR ACCIONES DE VISIBILIZACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS, DE MANERA MASIVA Y FOCALIZADA

- En el marco de la corresponsabilidad familiar, comunitaria y estatal, generar **campañas de visibilización masivas** (medios de comunicación) y focalizadas (consultorios, escuelas, centros de adultos mayores, junta de vecinos) del trabajo de cuidados actualmente no remunerado, incluyendo como elemento central la reflexión sobre su contribución económica a la economía familiar y nacional (valor económico del cuidado).

III.3. LA NECESIDAD DE ‘RELEVO’

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

- El **relevo**, asociado al ‘respiro’, constituye una de las **necesidades más sentidas** de las cuidadoras.

- El recibido hasta hoy desde la oferta pública, resulta **insuficiente**: no alcanza la **cobertura** necesaria (son marcadamente pocas las que lo reciben, tratándose, además, de servicios muy esporádicos y discontinuos), ni cubre todos los **dominios del cuidado** que desarrollan las mujeres, de manera exhaustiva. Al no cumplir a cabalidad las funciones necesarias, puede llegar a significar *mayor carga* al trabajo cotidiano (hay que -por ejemplo- ‘alimentar’ al respiro), implicando, además, *invasión a la privacidad* del hogar.
- Las actuales **condiciones de inserción** de los servicios de relevo no permiten la generación de las **confianzas necesarias** (relacionales, y de manejo emocional y técnico), para su máximo aprovechamiento y aceptación; lo que se entrecruza y se invisibiliza tras el estudiado efecto de codependencia potencial de la relación cuidadora-cuidado.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

En función de los hallazgos, resulta plausible proponer la generación de una **oferta de relevos suficiente, pertinente e integral**:

- El relevo debe **cumplir a cabalidad con todas las funciones** que efectivamente desempeña la cuidadora no remunerada; ergo, resulta necesario un **estudio acabado y/o la construcción de un perfil de competencias de la cuidadora no remunerada**, que incorpore aspectos directos e indirectos del cuidado, así como técnicas de manejo emocional (*no es sólo acompañar en la comida; se trata -por ejemplo- de calentarla, entregarla y lavar el plato, brindando efectivo ‘respiro’ a la cuidadora habitual*).
- Debe **‘ganarse la confianza’**; vale decir, incorporarse de manera **progresiva, gradual, con vigilancia y control** por parte de la cuidadora habitual.
- Debe sustentar la ‘confianza’ en **capacidades demostrables**, para lo que son necesarias las certificaciones de competencias en el perfil propuesto -que es distinto y más amplio que el perfil sólo técnico.
- Debe, además, permitir **libertad en el uso del tiempo de respiro**: el uso del tiempo es **decisión soberana de la cuidadora** (quien irá regulando, por ejemplo, en qué momento ha adquirido la suficiente ‘confianza’ para salir de la casa).
- El **uso del tiempo** proporcionado por el relevo no puede generarse en el marco de esa única acción: requiere de una acción integral que incorpore el acompañamiento a la cuidadora habitual para **definir o recomponer intereses, relaciones, redes, anhelos y habilidades**; vale decir, debe enmarcarse en el acompañamiento para la recuperación de la multidimensionalidad de la vida (perspectiva de pobreza de tiempo, pobreza de vida).

III.4. LA (RE)CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

-
- La **experiencia de cuidar es una experiencia de vida** (en promedio las mujeres cuidan a PcDDS por 10,2 años) y hay un número significativo de mujeres que comienzan a cuidar desde la infancia (a partir de los 10 años, aproximadamente), a sus hermanos, a sus padres -incluso- o a sus abuelos. En algunos casos, las mujeres se han hecho cargo de manera sucesiva o combinada del cuidado de hermanas, hijos, nietos y esposos, desarrollando una **trayectoria de vida totalmente abocada al cuidado de otras personas**.
- Así, **la vida toda está supeditada al trabajo de cuidados** no remunerados de PcDDS, y la vida personal no logra hacerse un lugar diferenciado y diferenciable.
- En promedio, las mujeres sólo destinan **3,2 horas diarias a actividades de índole personal**, incluyendo tanto los cuidados propios (ducharse, comer o preparar medicación personal, por ejemplo), las actividades de formación, el ocio (principalmente focalizado en TV) y la vida social. Distinguiendo sólo **ocio, aficiones, deporte y vida social**, el 41.7% de las entrevistadas indica no haber dedicado ninguna hora, y la media asciende **1,2 horas diarias**, frente a las 5,9 declaradas por las mujeres en la encuesta de uso de tiempo (ENUT) de manera general.
- La **vida personal** de las mujeres cuidadoras se configura como **todo aquello distinto de cuidar** que la vincula con el **mundo del ‘afuera’** -con otras u otros con quienes socializar; y que se focaliza principalmente en el **‘hacer’**. De manera opuesta, el

ver TV, respuesta modal a la consulta por el casi inexistente ‘tiempo libre’, se asocia a cansancio y a falta de energía, así como a la necesidad de compatibilizar descanso con el cuidado de PcDDS; ergo, en ningún caso implica vida propia.

- Aquellas **mujeres que cuentan con algún espacio para desarrollar actividades alternativas al cuidado**, refieren una **mejor salud mental**, con conciencia y reflexión sobre ese efecto protector. Quienes logran desarrollar un **trabajo productivo** -remunerado o no remunerado- lo asocian en importante proporción a la **noción de vida personal**.
- Finalmente, la **expectativa de vida futura es particularmente limitada**: la inmediatez y la sobrecarga del día a día, la falta de certidumbre respecto a la evolución de la o las personas cuidadas, la ansiedad y el temor por la potencial pérdida o por la posibilidad de dejar al destinatario del cuidado en la desprotección, y el despoblamiento de la vida presente de todo aquello que no sea los cuidados, despoja a las mujeres cuidadoras de un proyecto personal.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

A partir del análisis del relato de las mujeres cuidadoras, es posible concluir recomendando la **generación de una oferta articulada de acciones de acompañamiento para la generación o (re)construcción de un proyecto de vida**, asociado a un proceso de (re)inserción en la comunidad. Se trata de un potencial componente del **modelo de gestión de casos** propuesto como paraguas amplio, con diseño de **trayectorias o itinerarios ad hoc** (para cada mujer), dirigidas a este objetivo de repoblar y re diversificar la vida:

POTENCIAR ESPACIOS DE RECONOCIMIENTO PERSONAL

- Vincular los programas de relevo a **instancias de socialización con otras mujeres no cuidadoras de PcDDS** -con o sin trabajo remunerado-; puntuales o extendidas; en tanto la **vinculación con redes sociales así como con otros espacios inter relacionales**, actúa como factor protector para el desarrollo personal durante la experiencia de cuidar. En esa línea, la recomendación apunta a ofertar espacios de participación alternativos, de acceso preferente, a partir la celebración de convenios con el resto de la oferta pública dirigida a mujeres, **sin que estos constituyan requisito de recepción del apoyo para respiro**.
- Abrir líneas de financiamiento para la formalización y apoyo al desarrollo de **organizaciones de mujeres cuidadoras de PcDDS** que, por un lado, permitan el reconocimiento, la valoración y la visibilización de su rol y, por el otro, mitiguen la sensación de aislamiento por ausencia de interlocutoras ‘pares’ (empáticas y pertinentes *desde* la misma experiencia).

GENERAR UNA OFERTA DE ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LA (RE)CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA Y (RE)INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD

- Para mujeres con una **trayectoria de vida asociada al cuidado**, desarrollar programas que les permitan conocerse en sus potencialidades y **visualizar que pueden tener un proyecto de vida** más amplio, complementario y/o distinto.
- Se trata de actividades que pueden ser desarrolladas en el marco de **talleres de salud ocupacional** en los COSAM, en **grupos de autoayuda o de autocuidado**, y/o en otras **instancias de empoderamiento y desarrollo de autonomía** -por ejemplo, dentro de la tradicional oferta PRODEMU.

III.5. LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

- El trabajo de cuidados asumido en edades tempranas **afecta la continuidad de estudios técnico-superiores** y con ello las posibilidades de empleabilidad futura en condiciones laborales que permitan una buena calidad de vida.
- **Largos períodos fuera del mundo laboral**, implican **pérdida de competencias y de trayectorias demostrables** para reinsertarse.
- En paralelo, la experiencia de cuidar implica la **adquisición de competencias específicas en ese ámbito**, por autoformación, así como a través de la red de atención primaria, RLAC y los centros de rehabilitación.

- En cuando a las **necesidades de capacitación** declaradas por las cuidadoras, las mismas apuntan al **mejoramiento de sus competencias de cuidado**, pero siempre o casi siempre con la finalidad de brindar una mejor atención a las personas que cuidan o adelantarse a futuros desafíos; y **no como una posibilidad cierta o buscada de inserción laboral**. En general, **la mayoría no desea continuar o trocar a un trabajo remunerado como cuidadora**.
- Finalmente, durante el trabajo de cuidados, **de no mediar un relevo de largo aliento y corresponsabilidad**, la **inserción laboral solo puede constituirse en trabajo secundario**.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

A partir de los hallazgos relevados, se torna recomendable la generación de una **oferta de capacitación para apoyar el trabajo de cuidados, así como la inserción laboral**, a partir de:

APOYO AL TRABAJO DE CUIDADOS

- **Entrenamiento** dentro de la red local de atención primaria y de servicios de cuidados **para la cuidadora y otras personas de la familia**, que incorpore el manejo de ayudas técnicas y de entrenamiento para el apoyo de las terapias de rehabilitación, así como brinde orientación sobre el acceso a las prestaciones sociales para cuidadoras y para las personas destinatarias de cuidados.
- Desarrollo de **competencias en los 9 dominios** de dependencia, en el marco de un sistema de certificación (reconocimiento de saberes), capacitación, y de procesos mixtos de capacitación y certificación.
- Desarrollo de **nuevos perfiles de competencias específicos** -además del perfil general de cuidador(a) de dependencia severa- orientados a los **distintos tipos de discapacidad o dependencia severa** (niños con TEA severo; adultos mayores con demencias; etc.).
- Apertura de espacios formativos a **cuidadoras no remuneradas junto con cuidadoras no remuneradas** -o con disposición a realizar trabajo de cuidados remunerado, sin 'discriminación 'a favor de uno u otro grupo como público preferente e intencionando su carácter mixto.
- Puesta a disposición de espacios **presenciales y/o sincrónicos**, entendidos no sólo como instancias formativas, sino además como **espacios de sociabilidad e intercambio de experiencias con otras cuidadoras no remuneradas y remuneradas**. El encuentro de ambos grupos, además de las ventajas asociadas al desarrollo personal en términos de sociabilidad, permitirá la generación de lazos de confianza para la incorporación eventual de relevos.
- En casos extremos o hacia el inicio de la formación, **entrenamiento o capacitación en el domicilio**, dentro del marco referido de **gradualidad en el desarrollo de confianzas** y en el **testeo y afiatamiento de dispositivos de apoyo** (tránsito progresivo de actividades formativas y de otra índole, desde la casa hacia el 'afuera').

INSERCIÓN LABORAL DURANTE EL EJERCICIO DE CUIDADOS

- Formación centrada en **competencias adquiridas durante el cuidado, para aplicación en otros ámbitos distintos** al mismo; por ejemplo, la gestión de multitarea; el trabajo con personas; etc.
- Capacitación en uso de **tecnologías habilitantes** para el **empleo remoto** (teletrabajo) y en tareas que permitan **horarios flexibles**.
- Capacitación en oficios que puedan ser desarrollados **en el domicilio o en el propio territorio** -esto último, en base a convenios, por ejemplo, con el municipio.

III.6. LOS REQUERIMIENTOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

- La experiencia del trabajo de cuidados no remunerado genera **efectos negativos a nivel de la salud física y mental** de las mujeres que desempeñan estas tareas, en tanto tiene características de **trabajo pesado** (*aquel que provoca envejecimiento precoz, a partir de la realización de esfuerzos físicos y emocionales mayores en tipo y en tiempos de dedicación* –por ejemplo), reconociéndosele, además, un **componente emocional** muy central.
- De manera específica, del total de cuidadoras entrevistadas, el **33.3%** reconoce en el presente **problemas de salud física** (hernia, bajo peso extremo, enfermedad autoinmune –lupus, y miositis, túnel carpiano, problemas manguito rotador, lesión extremidades inferiores); y el **70,8%** declara en el presente **problemas de salud mental** (angustia, depresión, frustración, inestabilidad, desgano, dolor, ideación suicida, crisis de pánico, cansancio crónico). En ambos casos, la cantidad de mujeres cuidadoras con problemas actuales en su salud física o mental creció exponencialmente respecto a la situación de ‘antes’ de iniciar cuidados a PcDDS.
- Adicionalmente, algunas mujeres refieren **haber asumido la tarea de cuidar a una PcDDS**, estando con una **condición de salud mental muy compleja**, empeorando su condición.
- La revisión de **trayectorias** muestra la **magnitud** de estos efectos; así como la **preexistencia** de algunas dolencias (presencia de sufrimiento psíquico evidente; o discapacidad física anterior).
- Sin embargo, **no está sujeto a protección** por parte de la seguridad social.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Es así como a partir de los hallazgos derivados del discurso de las mujeres cuidadoras, resulta plausible concluir proponiendo la **generación de una oferta de salud suficiente, pertinente y dinámica, acorde al ciclo del cuidado y a la evolución de la diada cuidadora-cuidado**, incorporando:

BRINDAR APOYO AL COMPONENTE EMOCIONAL, Y A LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL

- En la línea de lo sugerido en el marco del ‘cuidar como trabajo’, se debe garantizar **atención psicológica preferencial**, dirigida a la **salud mental de las cuidadoras**, con detección de condiciones de sufrimiento psíquico previo y condiciones de sufrimiento psíquico asociadas a la experiencia de cuidado.
- **Acompañamiento psicológico**, dirigido a la **función de cuidar** por parte de las cuidadoras, en la línea de los procesos de ‘supervisión’ del personal de salud (herramientas de protección y de auto protección).

BRINDAR APOYO AL COMPONENTE FÍSICO, EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- Garantizar la **atención preferencial en centros de salud** (preferencia en acceso, flexibilidad y respeto de turnos) a cuidadoras de PcDDS. Para ello se requiere ampliar la red de convenios asociados al complemento de cuidadoras del RSH.
- Sistema de **seguimiento de salud a cuidadoras de PcDDS**, enmarcado en el modelo de salud familiar, evaluando la curva del impacto del esfuerzo sobre la salud física.
- Protocolo de **detección de cuidadoras con discapacidad previa**, para -en trabajo conjunto con eje anterior- implementación de **medidas de mitigación** (apoyos).

INSTALAR DESDE EL SISTEMA DE SALUD, EL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS COMO ARTICULADOR GENERAL DEL PROGRAMA DE CUIDADORAS DE PcDDS

- Tomando como referencia el modelo de Gestión de Casos incorporado desde el Programa de Salud del Adulto Mayor, iniciar la **formación e incorporación de gestores de caso**, enfermera(o) y asistente social, que tengan por tarea el conocimiento diagnóstico, la asesoría y la construcción conjunta de un itinerario personalizado o ad hoc de incorporación de acciones y servicios dirigidos a las cuidadoras de PcDDS (acciones de salud, apoyo de relevos, oferta orientada al eje proyecto de vida, acciones de formación y capacitación, etc).
- Incorporar en el **ciclo del Modelo de Gestión**, a lo menos, los siguientes ‘hitos’:

- **Evaluación integral inicial**, que considere la situación personal, familiar y social de la cuidadora de PcDDS, así como su estado físico, mental y psicológico.
- Diseño de **trayectoria futura o itinerario a seguir** (combinatoria específica de oferta), en base a la evaluación integral, al análisis conjunto de necesidades, y la disponibilidad local de la oferta pública disponible, en el marco de un **diseño de avance gradual y concatenado**; lo que implica la necesidad de revisión permanente del armado de la intervención ad hoc, y su ajuste en función del cambio de circunstancias y de los resultados crecientes, incorporando a la personalización del modelo de gestión basado en la cuidadora, un carácter iterativo permanente.
- Contacto con los servicios incluidos en el plan de atención o itinerario, para su prestación efectiva a partir del **acompañamiento en el acceso** a partir de los cupos de acceso preferente.
- **Monitoreo**, seguimiento o acompañamiento de periodicidad conocida y concordada en función de las características particulares de la situación de cada cuidadora, orientado a **responder a los cambios en su situación o en la del destinatario de cuidados**, de modo de **augmentar, disminuir o cambiar la prestación de servicios** según resulte necesario; en el marco de la dinámica cambiante de la situación de los cuidados; así como en la perspectiva de **ampliación gradual de habilidades, intereses y posibilidades** de vinculación con el entorno social y comunitario.

III.7. LA CENTRALIDAD DE LA VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

En el relato de las mujeres cuidadoras entrevistadas, habitantes de los territorios comprendidos en el estudio, es posible observar que su experiencia respecto a la participación en organizaciones o grupos, y su relación con el entorno vecinal, muestra aspectos comunes y particularidades vinculadas a su situación social, territorial y a su condición migratoria -entre otras.

- Respecto a las relaciones de género, en su mayoría resulta significativo que **la conversación sobre el cuidado se da casi exclusivamente entre mujeres**, tanto en el ámbito familiar, como en el entorno vecinal. Así, las redes con quienes se comparte las temáticas sobre el cuidado son las madres, hermanas, cuñadas, amigas y vecinas, siempre o casi siempre mujeres. Lo que da cuenta de un **orden social que asigna a las mujeres el trabajo de cuidado** de manera exclusiva.
- Un aspecto común destacado en la opinión de la mayoría de las mujeres entrevistadas es el **escaso y esporádico contacto social con sus vecinas y vecinos**. Hay una carencia de apoyo -no se solicita ni se recibe- en relación a los cuidados entre las personas del entorno. La precariedad de las relaciones vecinales de las cuidadoras no solo resulta consecuencia de la falta de tiempo asociada a las labores domésticas y de cuidado: también se produce por una sensación entre las cuidadoras, de falta de empatía entre las personas del entorno, así como de ausencia de intereses comunes que terminan generando distanciamiento y percepción de segregación. En la experiencia de estas mujeres, la referida **incomprensión del entorno sobre su rol de cuidadoras, enfatiza la situación de aislamiento en que se encuentran**.
- La **sobrecarga de trabajo** que implica la demanda de cuidados, constituye un **obstáculo para la participación** de las cuidadoras en organizaciones locales. Sin embargo, está presente en ellas de manera relevante la **motivación de socializar con otras personas y romper la situación de aislamiento social**. Así, se observa que cuando existen ciertas condiciones de relevo y corresponsabilidad, algunas de ellas son parte de juntas de vecinos, organizaciones de cuidadoras u otras instancias comunitarias. Además, en el **mundo rural** varias participan en comunidades religiosas católicas y evangélicas, espacio en el que expresan encontrar acompañamiento y contención.
- En el caso de las **mujeres migrantes de residencia reciente**, la **soledad de vivir en “otro país” afecta sus vínculos con el entorno y su sociabilidad**. A falta de relaciones cercanas familiares y vecinales, se intencionan -a veces- lazos con organizaciones de iglesia y grupos que presentan atención específica a personas a cargo de su cuidado, como la Fundación Teletón. Además, mujeres migrantes que viven en campamentos o espacios de mayor vulnerabilidad social y habitacional, se relacionan con vecinas y vecinos por temas puntuales de organización barrial.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Fortalecer la vinculación social de las mujeres cuidadoras con la comunidad es **clave para generar interacciones de acompañamiento y apoyo que contribuyan a su bienestar y desarrollo**, incluyendo a través de su voz la diversidad de sus experiencias, desde una perspectiva interseccional. Para esto, se concluye proponiendo estrategias como las siguientes:

- Promover la **inserción de las mujeres cuidadoras en redes comunitarias para el autocuidado**, principalmente a través de áreas de intervención que contemplen:
 - o información sobre acceso a programas públicos de apoyo; participación en redes locales y grupos de autoayuda presenciales y virtuales, entre otros;
 - o asistencia preferencial a salud física y mental; e
 - o iniciativas de acompañamiento y contención entendidas como espacios para compartir experiencias similares.
- Generar -en el marco de lo referido a la “Construcción de un Proyecto de Vida”- **programas de desarrollo personal dirigidos a las cuidadoras**, enfocados en el fortalecimiento de habilidades blandas que permitan su integración social; así como en el fortalecimiento de habilidades de comunicación interpersonal, expresión de sentimientos, asertividad, empatía y escucha activa, en relación a la persona cuidadora y al entorno.
- Impulsar **iniciativas de sensibilización** dirigidas a **organizaciones locales y a la comunidad en general**, que contribuyan al reconocimiento y valoración social del trabajo de cuidados, en la línea de generar comprensión, empatía y solidaridad en el ámbito comunitario.

III.8. LA CENTRALIDAD DE LA VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD

CONCLUSIONES O CONSIDERACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

La corresponsabilidad implica compartir en igualdad no sólo las tareas domésticas sino también las responsabilidades familiares. Se define como *“el reparto equilibrado de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, tales como su organización, el cuidado, la educación y el afecto de personas dependientes dentro del hogar, con el fin de distribuir de manera justa los tiempos de vida de mujeres y hombres”* (Guía Corresponsabilidad, Instituto de las Mujeres, España). En este marco, la evidencia levantada en este estudio permite visualizar de manera conclusiva:

- La **administración global del trabajo doméstico y de cuidados**, recae bajo la exclusiva responsabilidad de las mujeres a cargo de PcDDS. La decisión de qué hacer y cómo hacerlo, así como de cautelar que ‘se haga bien’, recae en ellas.
- El número de horas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidados por parte de **otros(as) familiares**, asciende en la semana a **1.8 horas**; y en fines de semana a 2.5 horas, **versus 11.3 horas diarias dedicadas por las cuidadoras** al cuidado y trabajo doméstico, sin considerar tiempos de traslado.
- Los **escasos apoyos** a las tareas de cuidados **proviene de otras mujeres** -hermanas, hijas, cuñadas.
- En esa línea, mayoritariamente hay **ausencia de responsabilidad en los cuidados y en las tareas domésticas**, por parte de las **parejas** -cuando las hay. Las ‘explicaciones’ de las propias cuidadoras refieren esa ausencia tanto a la falta de conocimientos, como a la falta de disponibilidad, basadas -ambas- en lo que relevan como “machismo”. Otras veces, remiten la falta de “apoyo” a la tradicional división sexual del trabajo, entendiendo que las parejas desarrollan el rol de proveedores, sujetos a exigencias del mundo laboral remunerado.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Desde una perspectiva de corresponsabilidad social y de género, resulta central **impulsar acciones que contribuyan a:**

- i) **Reconocer**, hacer visible y revalorizar el trabajo de cuidados (así como a quien lo presta y quien lo necesita) como clave para el bienestar de las sociedades;

- ii) **Redistribuir**, de manera más justa y equilibrada, el trabajo de cuidados no remunerado y las responsabilidades domésticas entre mujeres y hombres, y entre distintos grupos sociales;
- iii) **Reducir** la carga de trabajo no remunerado, aminorando la carga que soportan las mujeres en los hogares vía la provisión de servicios públicos locales de cuidado.

Lo anterior implica los **desafíos de**:

- i) **Democratizar**, fomentar la corresponsabilidad y redistribuir la oferta de los cuidados entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias, y asegurar la participación de las personas que cuidan y quienes necesitan cuidados en toma de decisiones;
- ii) **Desmercantilizar** la experiencia del cuidado, acceder a servicios de cuidado de calidad es una forma de reducir las desigualdades sociales, al garantizar los derechos al cuidado y de quienes cuidan;
- iii) **Desfeminizar**, es decir deconstruir los roles de género haciendo del cuidado una opción, e incluir en protección social a quienes presten cuidados no remunerados (CEPAL, 2022)

Para ello, y en concordancia con los hallazgos del estudio, resulta de la máxima importancia promover **acciones de sensibilización y concientización en corresponsabilidad social y de género de los cuidados**, a través de estrategias tales como:

- En ámbito de los **servicios e institucionalidad pública**, resulta vital profundizar la sensibilización con los operadores de políticas y afianzar el enfoque de género y derechos humanos en la implementación de programas, tanto en la prestación de servicios como en la formación de las personas que ejecutan, implementan y monitorean los servicios.
- En el **ámbito doméstico**, se requiere impulsar iniciativas de sensibilización que permitan ampliar la red de apoyo familiar para cuidar (buscar a otros familiares, que no están apoyando, y motivarlos a participar de las responsabilidades del cuidado). No obstante, para implicar a otros, hay que ‘aprender’ a delegar, transmitiendo la idea de que ciertas actitudes tradicionalmente consideradas como masculinas y femeninas **pueden ser asumidas por un género o por otro** (tal como se expresa en la Guía de Corresponsabilidad en el Cuidado del Ministerio de Desarrollo Social, División de Promoción y Protección Social).