UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

Tesis Maestría en Sociología

Familismo soportado y feminización de las estrategias de cuidado en salud: desafíos persistentes para la equidad de género y el ejercicio del derecho al cuidado

Sol Scavino Solari

Tutora: Karina Batthyány

2017

Agradecimientos.

Esta tesis es el punto final de un proceso que comenzó con la integración al Grupo de Investigación de Sociología de Género, poco después de mi recibimiento como Socióloga. En el mismo tengo el agrado de compartir la experiencia de investigar con mi tutora y coordiandora del GISG, la Dra. Karina Batthyány a quien respeto y admiro como socióloga, por su sagacidad, sistematicidad, responsabilidad, orden y puntualidad en el trabajo. También por su contribución cotidiana a la construcción de la sociología como disciplina en Uruguay y en la región. Le agradezco infinitamente por introducirme en el maravilloso e inabarcable mundo de la sociología de género y por acompañarme en este proceso de tesis. También por haberme brindado la oportunidad de realizar este trabajo (como tantos otros) en el marco de un proyecto del grupo.

A través del GISG, también pude conocer a Natalia Genta de quien aprendo diariamente a hacer sociología, a trabajar con las temáticas a nivel académico, repensar y problematizar los temas de investigación. Me desafía constantemente sacándome de la zona de confort del pensamiento lo que hace que lleguemos a mejores puertos. También he aprendido mucho de la vivencia de su maternidad, un aspecto desafiante para la vida de las mujeres académicas, lo cual no le impide seguir adelante con la misma. Veo cotidianamente su doble carga de trabajo y es ejemplar su tránsito por esta etapa tan marcada por las desigualdades de género.

Valentina Perrotta y ella son las fuentes de inspiración más cercana que tengo como jóvenes sociólogas de género ya que con sus reflexiones y creatividad enriquecen el trabajo colectivo.

Fernanda Ferrari ha sido mi compañera de camino, en la maestría y en el grupo de investigación. Tardes de mate y reflexiones han traído trabajo e ideas de investigación propias, a ella debo mi agradecimiento por abrirse a compartir su gusto por la disciplina conmigo.

Finalmente, estar en el grupo me ha permitido conocer a Rosario Aguirre a quién también admiro y con quien tengo la oportunidad de compartir el trabajo y la pasión por la sociología. Le agradezco sus preguntas oportunas, sagaces y desafiantes que me hacen crecer como persona y profesional.

No quiero dejar de agradecerle a Julio Scavino por su atenta lectura a esta tesis, sus correcciones de estilo y sus preguntas que ayudaron a clarificar el trabajo. El amor que él y Mariela Solari me han brindado, así como su pasión compartida por el conocimiento y la justicia social, están en la base de mi personalidad y, luego, de mi ser socióloga y docente.

A la comunidad de colegas del Departamento de Sociología, a Florentino Menéndez y a toda la población uruguaya que con sus impuestos ha colaborado a que yo obtuviera la Beca de la Comisión Académica de Posgrados. Espero contribuir con este trabajo a la construcción de una sociedad más justa, a modo de devolución de lo invertido en mi formación.

1. MARCO TEÓRICO 4
1.1 Sostenibilidad de la vida: relaciones de género en el cuidado a lo largo del curso de vida. 4
1.2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados? 6
1.2.1 Cuidados, trabajo feminizado. 7
1.2.2 Dimensiones principales del cuidado. 9
1.2.3 Desvalorización del cuidado como trabajo 11
1.2.4 Resumen acerca de qué se entiende por cuidados. 14
1.3. Cuidado como categoría de análisis de los Estados de bienestar social y de la organización social del cuidado. 15
1.4. Dependencia/atención-asistencia y cuidados/interdependencia: dos paradigmas para abordar las relaciones de cuidado. 19
1.5. Cuidados, cuidados en salud y cuidados profesionales en salud 22
1.6. Estrategias de cuidado 26
2. ANTECEDENTES 27
3. MARCO METODOLÓGICO 30
3.1 Preguntas de Investigación, objetivos e hipótesis 30
3.2 Diseño metodológico 31
3.2.1 Principales características de las fuentes de datos. 32
4. DESARROLLO Y CONTRASTACIÓN EMPÍRICA. 35
4.1. ¿En qué contexto sociosanitario se organiza el cuidado en salud en Uruguay? .. 35
4.1.1 Breve caracterización del alcance del Sistema Sanitario Uruguayo. 36
4.1.2 Licencias laborales asociadas al cuidado en salud. 41
4.1.3 Políticas de cuidados dirigidas a personas con dependencia moderada o severa. 43
4.2. Estrategias desarrolladas por los hogares y las personas para el cuidado en salud en Uruguay: elementos materiales y económicos. 54
4.2.1 Tipos de actores, presentes en las estrategias de cuidado en salud, participación y tiempo de cuidados. 54
4.2.1.1 Familia 56
4.2.1.1.1 Caracterización de la población cuidadora no remunerada en salud en dos mundos del cuidado: el infantil (mayor presencia de enfermedades agudas) y el de las personas mayores (mayor presencia de enfermedades crónicas) 57

4.2.1.1.2 Tiempos de cuidado en salud como indicador de la carga de cuidados de mujeres y varones. 63

4.2.1.1.3 Costos del cuidado y autopercepción de cambios en la vida cotidiana de mujeres y varones cuidadores no remunerados en salud. 65

4.2.1.1.4 División sexual cualitativa del trabajo de cuidados: mujeres a cargo del "trabajo sucio". 68

4. 2.1.2 Comunidad 73

4.2.1.3 Estado y Mercado 73

4.2.2 Estrategias exclusivas y combinadas para el cuidado en salud. 76

4.2.3. Carga de trabajo de cuidados en salud aportada por los distintos sectores 82

4.3 Valorización económica del trabajo no remunerado en salud aportado por las mujeres en el marco de los hogares 87

4.4. Haciendo foco en el cuidado en salud dirigido a personas mayores enfermas crónicas o agudas. 89

5. REFLEXIONES FINALES 95

6. BIBLIOGRAFIA 103

7. ANEXOS 111

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ABVD Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AP Asistentes Personales

BPS Banco de Previsión Social

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud

CNRS Cuidados No Remunerados en Salud

DINEM Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo

DST División Sexual del Trabajo

ECH Encuesta Continua de Hogares

ELPS Encuesta Longitudinal de Protección Social

ENCNRS Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud

EUT Encuesta de Uso del Tiempo

FCS Facultad de Ciencias Sociales

IMSERSO Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España)

INE Instituto Nacional de Estadística (Uruguay)

INMAYORES Instituto Nacional del Adulto Mayor (Uruguay)

INMUJERES Instituto Nacional de las Mujeres (Uruguay)

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MP Ministerio de Salud

MSP Ministerio de Salud Pública (antiguo nombre)

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social (México)

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SNIC Sistema Nacional Integrado de Cuidados

TNR Trabajo No Remunerado

UDELAR Universidad de la República (Uruguay)

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Sostenibilidad de la vida: relaciones de género en el cuidado a lo largo del curso de vida.

El presente trabajo de investigación aborda como tema central las relaciones sociales de cuidado, es decir, la forma en que colectivamente se generan mecanismos y acciones sociales que posibilitan la reproducción de la vida de las personas.

Sostener la vida de manera comunitaria y saludable psicológica, física y socialmente, es una tarea que recuerda que los seres sociales están insertos durante todo el curso de vida en relaciones de interdependencia. En algunos momentos los seres humanos dependen claramente de otros para su supervivencia, mientras que en otros son claves para brindar cuidados a personas que lo necesitan. También hay casos en los que cumplen ambas condiciones a la vez: ser cuidadores y recibir cuidados.

En las sociedades occidentales actuales, las dinámicas en torno a la nueva economía –que se caracteriza por una gran fragilidad y volatilidad- configuran vidas cotidianas en donde los riesgos en relación al mercado laboral, el acceso al goce pleno de los derechos ciudadanos (como por ejemplo al sistema sanitario, o a una jubilación) están atravesados por el individualismo institucionalizado, que reproduce la idea de que cada sujeto depende de sí mismo (Beck, 1998; Castells 2001; Sennett, 2006).

En este marco las familias han sido protagonistas de una serie de cambios en su estructura y en su dinámica. El número de hogares biparentales con hijos de ambos disminuyó mientras que hogares monoparentales y unipersonales aumentaron, vinculándose la nuclearización de los hogares con la idea del individualismo institucionalizado que requiere de sujetos lo más "autónomos" posible para garantizar un mayor nivel de consumo.

A su vez, las tasas de divorcio aumentaron, comenzaron a desarrollarse nuevas formas de vida conyugal como el *living apart together*, uniones concubinarias y la cantidad de parejas a lo largo de la vida de las personas varía según factores como religión y nivel socioeconómico, entre otros (Aguirre, 2009; Arriagada, 2009; Jelin, 1998; Beck y Beck-Gernsheim 2012, 2000). Esto está interrelacionado con la masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral, que potenció su autonomía y capacidad de negociación con sus pares varones.

En Uruguay, país en el que se enmarca el presente trabajo, la Población Económicamente Activa Femenina es de 55,3% (2016), y la tasa de empleo femenina aumentó de 35,4% en 1986 a 50,1% en 2016 (INE, 2016[1]). Los datos indican un mayor acceso de las mujeres a contar con su propio dinero lo que impacta en su autonomía económica. Pero cómo la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo no supuso una redistribución del trabajo que las mujeres realizan en los hogares con los varones o con el Estado, la comunidad o la familia; las mujeres comenzaron a tener una "doble jornada laboral" (Balbo, 1978). Estos cambios sin duda afectaron las relaciones sociales de cuidado que históricamente habían recaído en las mujeres por medio de la naturalización del mismo como una "función" o "aptitud" femenina (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011).

El proceso de transformación de las familias también se ha visto afectado por el progresivo aumento de la esperanza de vida que repercutió en un acelerado envejecimiento poblacional. En América Latina, Uruguay, fue uno de los países pioneros en experimentar la segunda transición demográfica (tasas de natalidad y mortalidad bajas). Es el segundo país con la población más envejecida de la región, después de Cuba (Paredes, 2010; Calvo et al, 2013). Esta expansión de la vida no garantizó "vidas sanas" sino que impactó aumentado el tiempo en que las personas conviven con enfermedades crónicas y situaciones de dependencia severa (Durán, 1997).

Estas transformaciones afectaron fuertemente la vida de las mujeres de la llamada generación *"Sándwich"*, quienes se hicieron cargo del cuidado de los niños y de las personas mayores con dependencia, además de incorporarse al mercado laboral. Esta generación encontró sus límites en el acentuado desbalance entre oferta de cuidados y demanda, que ha sido conceptualizado como "crisis de cuidado" (Montaño, 2010) asociada a la "care gap" (Pickard, 2012).

En este sentido, la sostenibilidad de la vida está fuertemente comprometida en este momento histórico de cambios en la estructura social, cultural, económica y demográfica. Se debe a que los cuidados se han atomizado, transformándose en riesgos individuales y no colectivos, lo cual hace que el poder adquisitivo de las personas determine el derecho a ser cuidado o no, y reproduce la larga tradición de cuidado no pago realizado por las mujeres en los hogares (Rodríguez Cabrero, 2011).

[1] Datos oficiales, pueden consultarse en: www.ine.gub.uy.

Así, el cuidado de las personas mayores se ve más comprometido ya que presentan enfermedades crónicas y dependencia severa con mayor frecuencia. Adicionalmente, "la vejez" es vista como una etapa de la vida que implica principalmente una carga: por la supuesta "inutilidad" de las personas mayores y también por los costos económicos que genera (el mercado laboral no puede absorber a la población de personas mayores, y las mismas aparecen como costos económicos para las generaciones más jóvenes con frecuencia). Esto último se refleja en las discusiones sobre los sistemas de protección social y los regímenes jubilatorios actuales (Aguirre y Scavino, 2016).

Por otro lado, cuidar de niños sanos es visto por las personas y por los Estados como una inversión en capital humano futuro (Esping Andersen, 2007), además de que en términos de cuidado directo se vincula (a veces) con situaciones placenteras, puesto que se contribuye al estímulo y desarrollo de la vida. Al contrario, el cuidado en la vejez está asociado simbólicamente a la muerte, a la enfermedad que no tendrá cura, o que eventualmente de haber mejorías en cuanto a la autonomía de las personas mayores la misma estará limitada social y biológicamente.

En este marco, el presente trabajo de investigación se propone conocer cómo son las estrategias de cuidado en salud dirigidas a personas enfermas agudas y crónicas en general y en particular a personas mayores, lo cual implica poner sobre la mesa el tipo de organización social del cuidado que se genera para garantizar (o no y bajo qué costos) el cuidado de estas personas, así como las desigualdades de género y el lugar de la vejez en las sociedades actuales.

1.2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados?

Al menos desde el siglo XIX en Occidente, los vínculos de cuidado se han desarrollado principalmente en la esfera doméstica siendo estos entendidos como una actividad íntima, del ámbito de la privacidad y no como una dimensión de la vida pública. Como gran parte de las tareas o actividades que suceden en la esfera de la "familia", son las mujeres quienes se hacen cargo del trabajo no pago de cuidar y realizar las tareas domésticas cumpliendo con los mandatos sociales que les han sido asignados como cuidadoras y encargadas del hogar.

En Uruguay, sin embargo, el fenómeno de la dependencia y la cuestión de cómo resolver la provisión de atención y cuidados de la población han pasado a ser concebidos a lo largo de las últimas décadas como problemas de interés público y colectivo.

Esto sucedió en gran medida por que la mencionada crisis de cuidados fue expresada como un problema por parte de los movimientos sociales feministas que encontraron eco en los gobiernos en algunos países desarrollados del mundo y también en casos más aislados de la región como Uruguay, en donde la tríada movimiento social, academia y gobierno fue fundamental en el proceso que derivó en la existencia del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Aguirre, et al. 2014). Este fenómeno fue acompañado por una creciente literatura sobre cuidados que se ha preguntado acerca de qué es el cuidado, qué dimensiones tiene, qué costos implica, qué diferencias existen entre los distintos tipos de cuidado, entre otros tópicos.

1.2.1 Cuidados, trabajo feminizado.

Uno de los conceptos pioneros de cuidados, fue el que establecieron Fisher y Tronto en 1990 cuando lo definieron como "*una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida"* (Fisher y Tronto, 1990). Esto implica pensar en todos los niveles del cuidado: el nivel global, nacional, local, y de las relaciones micro sociales del mundo de la vida cotidiana.

Las relaciones micro sociales resultan fundamentales porque la base de la organización social del cuidado está anclada en las subjetividades de género que mandatan que el cuidado de personas dependientes es una "condición" que define a las "mujeres" (al ser mujer) como sujetos sociales. Esto ha sido entendido y evidenciado como una limitante para el desarrollo de las mujeres en su vida laboral, profesional, política, en el goce de una buena salud, de tiempo libre, en definitiva, en el goce de una ciudadanía social plena (Graham, 1983; Aguirre, 2003).

La adjudicación de las tareas de cuidado a las mujeres, se ha fundado en las percepciones de que las mujeres son más intuitivas, emocionales, pacientes, "mesuradas" en sus reacciones ante situaciones estresantes en relación a los varones quienes no poseen una "inclinación natural" para el cuidado, además del incuestionable hecho de que solo las mujeres pueden gestar en sus vientres, lo cual funciona de puntapié biológico para desplazar una supuesta "naturaleza cuidadora" a todos los ámbitos de la vida social (Waerness, 1984). Así, se ha construido culturalmente una idea de lo que ser "varón" o "mujer" significa, que involucra desde el despliegue de funciones diferenciadas (como el

tipo de trabajo) hasta la ornamentación del cuerpo, la vestimenta. El género es entonces una construcción cultural en base a las diferencias biológicas de los cuerpos sexuados y su expresión en las diversas formas de ser en sociedad constituye sistemas de género (Anderson, 2009; Scott, 1996).

Para entender algunas construcciones de género en Occidente, es necesario recordar que durante la Revolución Industrial se instauró un tipo de división sexual del trabajo (DST) que marcó no sólo una fuerte diferenciación de ámbitos de desenvolvimiento para varones y mujeres, sino que se acompañó con el auge de un modelo de familia que se naturalizó como el único (Arriagada, 1998). Según Beck y Beck-Gernsheim (2012) este modelo se caracteriza por estar conformado por una pareja heterosexual con hijos de ambos en la que el varón es el proveedor de ingresos, quien se las ve con el mundo público y político y la mujer es la encargada del hogar y responsable de las tareas domésticas y el cuidado de las personas dependientes.

Bock y Duden (1985) llegan a la conclusión de que el amor materno ha sido el sustento ideológico del cuidado familiar-femenino por excelencia en el contexto del capitalismo. Sostienen que el trabajo aportado por las mujeres en el marco de los hogares, es decir, el amor otorgado a los miembros de la familia a través de este trabajo, no han sido "el corazón de las familias" sino el del capital.

La feminización de los cuidados se ha incorporado en las prácticas cotidianas, en leyes, y en las ideas que los Estados han tenido sobre lo que los varones y mujeres hacen y "deben hacer" en las sociedades, que son reflejadas en el diseño de las políticas públicas. También el cuidado se tornó una categoría identitaria muy fuerte para las mujeres, que con mayor frecuencia que los varones, reconocen el cuidado infantil como una actividad primordialmente femenina (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011; Batthyány, Ferrari y Scavino, 2015).

La diferenciación de funciones entre varones y mujeres no es equitativa en la medida que las mujeres cuidadoras no remuneradas viven una serie de costos asociados al cuidado de los cuales los varones quedan eximidos. Uno de los más evidentes, es la pérdida de autonomía. En la medida en que las mujeres son cuidadoras suelen participar menos o de manera intermitente en el trabajo remunerado. Bajos ingresos y dificultad de acceso a los derechos sociales son algunas de las consecuencias de esta exclusión, así como el escaso goce del tiempo libre, de descanso y de buena salud (García Calvente, 2004; SEDESOL, 2010).

Al verse afectada de tal forma la autonomía de las mujeres (económica, física y en la toma de decisiones), se pone sobre la mesa la necesidad de revertir las brechas de desigualdad en los tipos de trabajos y responsabilidades entre varones y mujeres, pero también entre diversos sectores como el mercado, el Estado, la familia y la comunidad. Previamente, es necesario reconocer que no todas las mujeres son iguales, son un grupo heterogéneo en función de su nivel socioeconómico, sus edades, su etnia, para los cuales los costos del cuidado, la presencia de la doble jornada laboral, el uso del tiempo y los problemas de conciliación de vida familiar y laboral se configuran de manera distinta según las relaciones y posiciones sociales en las que se encuentren.

La interacción entre desigualdades de género y clase ha evidenciado que las mujeres pobres y particularmente las jóvenes son las que cargan con los mayores costos de la desigualdad social. En los niveles socioeconómicos más bajos es donde se registran las mayores brechas de género en el uso del tiempo en el trabajo remunerado y en el no remunerado, siendo las mujeres quienes tienen menor acceso al mercado laboral, una salida temprana del sistema educativo y mayor dedicación al ámbito doméstico (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015a). Por otra parte, las clases medias suelen ser las que típicamente pagan los costos de una conciliación trabajo-familia escasamente apoyada por los Estados en la región. En los niveles socioeconómicos más altos, las brechas de género entre varones y mujeres en el trabajo no remunerado son menores, aunque esto se debe a la mayor posibilidad de mercantilización de las tareas domésticas. Esta distribución de trabajo se acompaña de una representación menos familista, y más inclinada a la contratación de servicios para el cuidado y las tareas domésticas, en relación a la registrada para los niveles socioeconómicos más bajos (Batthyány, Genta y Perrota, 2012).

1.2.2 Dimensiones principales del cuidado.

Además de ser un trabajo feminizado, el cuidado se caracteriza por contar al menos con tres grandes dimensiones: material, económica y la subjetiva. Mientras que algunas definiciones se centran en el concepto de "atención" como la de Parker (1981:17) quien señala que el cuidado es "*trabajo real de atención (tending) a las personas que temporal o parcialmente no pueden valerse por sí mismas*", otras, como la de Hochschild (1995) hacen foco en la dimensión vincular, emocional y relacional del cuidado. "*En primer lugar, por el término "cuidado" me refiero a un vínculo emocional, por lo general mutuo, entre el cuidador y el cuidado, un vínculo en el que la persona cuidadora siente*

responsable por el bienestar de otros y hace mental, emocional y el trabajo físico en el curso del cumplimiento de esa responsabilidad. Así, el cuidado "de" una persona implica el cuidado "sobre" (to care about) él o ella". (Hochschild, 1995: 333). Graham (1983) lo había puesto en términos de amor: para ella el cuidado tiene dos dimensiones: el trabajo y el amor, una dimensión material y una afectiva. Ungerson (1983 y 1990) argumentó que hay una falsa dicotomía entre trabajo y amor vinculada al concepto de cuidado que ha impedido avanzar en su análisis, haciendo que los aspectos emocionales fueran considerados solo en el espacio doméstico, mientras que las relaciones de cuidado existen en varias combinaciones de trabajo y estados afectivos.

La dimensión subjetiva del cuidado, así como la organización metal de la estrategia de cuidados que quienes cuidan realizan, son quizá de los elementos más pesados del cuidado, y a la vez los más intangibles u objetivables, lo cual colabora con la invisibilidad del trabajo aportado por las mujeres y los costos asociados al mismo. Esta dimensión, implica un compromiso en la tarea, así como la asunción inconsciente de tener que administrar las emociones en el vínculo de cuidados (James, 1992).

Es importante mencionar con Thomas (1993) que en varias investigaciones sobre cuidados emocionales se pone un énfasis en las emociones positivas del mismo y se olvida que las relaciones de cuidado pueden no tener amor, afecto y cariño implicados y hasta -por el contrario- pueden ser abusivas. La materialidad del trabajo cuando es rutinaria implica un *estar ahí*. Algunas partes de ese hacer y estar han sido entendidas como "trabajo sucio", en contraposición a las actividades de cuidado más placenteras como el juego, el acompañamiento entre otras (Hodson, 2001). En base a los estudios de uso del tiempo se ha podido evidenciar una mayor participación de los varones en las tareas más placenteras y no rutinarias, mientras que las mujeres se responsabilizan por el "trabajo sucio" y rutinario de los cuidados, (Batthyány, 2015).

Letablier (2001) distingue entre la dimensión material (hacerse cargo del trabajo del cuidado material, como un trabajo), de la dimensión económica (los costos económicos que conlleva dicho cuidado, de la dimensión "piscológica" (afecto, emociones y vínculos en juego), señalando la existencia de diferencias en cuanto a lo material como trabajo y los costos económicos asociados al cuidado.

Thomas (1993) resume siete dimensiones del cuidado. Las mismas son: (1) ***Identidad social de la persona cuidadora*** (puede ser en términos de roles familiares: madre, hija, esposa; o en relación a la ocupación: voluntarios, nurses, "*home helps*"; en general, el

género es una "llave" para conocer la identidad social de la persona cuidadora); ***(2) Identidad social de quien recibe cuidados***: por lo común se asocia con grupos: niños, personas mayores dependientes, etc. pero lo más importante es el nivel de dependencia, la "llave" para dar con la identidad social de quienes recibe cuidados es conocer cómo se ubica la persona en el constructo de "status de dependencia"; ***(3) Relación interpersonal entre cuidador y persona* cuidada:** busca determinar si una relación es de "amistad", de "vecindad", "voluntaria" o una "relación de cuidados contingente" en la que dos individuos que no se conocen el uno al otro, pero se relacionan porque una parte necesita cuidados y la otra trabaja como cuidadora; ***(4) Naturaleza del* cuidado:** es el contenido social primario; suele ser definido como "estado emocional" o como "estado de actividad", suele ser ambos a la vez; ***(5) El "dominio social" en el que está ubicada la relación de cuidados*:** esta dimensión se vincula con el clivaje de la división social del trabajo en las sociedades capitalistas, si el trabajo es público o privado. Existen grandes diferencias si el cuidado se realiza en el hogar de manera no remunerada, si obedece a carreras formales o si es brindado en instituciones de manera paga o voluntaria***; (6) Las características económicas de la relación de cuidados*:** el cuidado es diferente en la medida que es un trabajo remunerado o si es un cuidado gobernado por la normatividad (por ejemplo, familiar) y ***(7) El marco institucional en el que se prestan cuidados***: refiere al análisis acerca del ámbito en que se brinda el cuidado ya sea familiar o institucional; hogar, hospital, residencial de día, de larga estadía o clínica comunitaria, entre otras formas.

Finalmente, Tronto (1993) distingue 4 fases del cuidado para poder analizar sus características en distintas sociedades. La primera fase es el ***Care about*** (notar la existencia de necesidades), la segunda refiere al ***Care for*** (tomar medidas para que se pueda encontrar una respuesta a la existencia de las necesidades identificadas), la tercera al ***Care giving*** (dar directamente una respuesta al cuidado o cuidar directamente) y la cuarta al ***Care receiving*** (recibir cuidados).

1.2.3 Desvalorización del cuidado como trabajo

Desde un punto de vista más vinculado a lo empírico, se ha pensado al cuidado como una actividad que implica prestar ayuda o brindar apoyo para el desarrollo de personas dependientes. Se trata de quienes no pueden desarrollarse por sí solas: niños pequeños, personas mayores, los enfermos o personas en situación de discapacidad, con dependencia (Batthyány, 2015).

La asociación histórica de las mujeres como cuidadoras por "naturaleza" provocó que el lugar del cuidado en las familias fuera percibido como una actividad que se realiza sin paga y con poco reconocimiento a nivel simbólico en la sociedad. Pero se trata de un trabajo. Parte de la invisibilización del trabajo de cuidados o doméstico (Trabajos No Remunerados, llamados también trabajos reproductivos) deviene del hecho de que su producción no se orientaba al intercambio de bines y servicios en el mercado (mercado creado por los varones, quienes fueron sus únicos integrantes durante una buena parte de la historia) (Hochschild, 1983, Aguirre, et al. 2014; Batthyány, 2001, 2009, 2010; Batthyány, Genta y Perrotta, 2015a).

Para visibilizar al cuidado como trabajo, se ha hecho hincapié en mostrar que es una actividad que implica producción de bienes y servicios, costos de oportunidad y una cierta división sexual del trabajo, al igual que el trabajo remunerado. Buscando legitimar la propuesta, las actividades de TNR fueron caracterizadas mediante la homologación a las principales características del trabajo fabril del modelo taylorista-fordista.

En primer lugar, se mostró que el TNR en el marco de los hogares implicaba una específica división social del trabajo: las mujeres son cuidadoras y los varones ganadores de pan. En palabras de Torns (2008: 57) "*el proceso de conjunción entre el capitalismo y el patriarcado se ha hecho posible porque el proceso de industrialización y urbanización supuso que buena parte del trabajo femenino- el destinado a la reproducción y mantenimiento de las personas del núcleo hogar-familia- quedase apartado del único espacio, la fábrica donde el trabajo de producción de mercancías fue reconocido como tal. Un espacio y un trabajo donde la presencia masculina era y es mayoritaria; donde míticamente se contó que las mujeres no estaban, y donde se fijaron las bases materiales y simbólicas de la sociedad contemporánea"*.

En segundo lugar, se destacó que el TNR implica un costo de oportunidad tal como sucede en el trabajo del ámbito fabril (cuando se dedica tiempo a realizar tareas domésticas, no se puede invertir en realizar otras actividades). En tercer lugar, se destacó la característica de reemplazabilidad mostrándose que quien lo hiciera era reemplazable por otras personas (es decir que no se necesitan habilidades innatas para realizar tareas domésticas o de cuidado) (Himmelweit, 2011: 199-224).

Con el fin de visibilizar el carácter de trabajo que tienen las tareas domésticas y el cuidado, Aguirre (2009) adoptó una definición amplia de trabajo que plantea que el mismo es "*cualquier actividad física o mental que transforma materiales en una forma*

más útil, provee y distribuye bienes y servicios a los demás y extiende el conocimiento y el saber humanos" (Lamo de Espinosa y Torres en Aguirre, 2009: 77).

Según Kergoat (2003:845) en las relaciones sociales, las de género se producen por "*tensión, oposición o antagonismo en torno a un reto: el reto del trabajo*". Su visibilización llevó al planteo del mencionado concepto de división sexual del trabajo, que según Kergoat (2003) se caracteriza por "*la asignación prioritaria de los hombres a la esfera productiva, y de las mujeres a la esfera reproductiva y, por otro lado, por el acaparamiento por parte de los hombres de las funciones con un alto valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etc.*)". Si bien la naturaleza de la DST cambia en función de la época histórica y el contexto socio-cultural, la autora identifica dos principios de organización del trabajo: el principio de separación (hay trabajos "de hombres" y "de mujeres") y el principio de jerarquía "un trabajo "de hombre" vale más que un trabajo "de mujer"). Así, la invisibilización del trabajo de cuidados deviene de una separación entre lo público y lo privado, para mantener las diferencias de valor social y económico entre los trabajos fabriles e industriales (productivos) y los de cuidados, tareas domésticas (reproductivos).

El carácter de trabajo de las relaciones de cuidado permite visibilizar parte de la explotación de las mujeres, quienes históricamente han visto expropiado el valor del trabajo de cuidados y doméstico por los beneficiarios de los mismos y particularmente, por los varones que han dejado que fueran ellas quienes asumieran dicha responsabilidad. Según Tronto (1993) ellos son parte de los "privilegiados irresponsables", debido a que se permiten y se les permite estar eximidos del trabajo de cuidados, lo cual impacta en que haya una distribución desigual de las cargas y costos de cuidados entre varones y mujeres.

En este sentido, el *black feminism* se ha encargado de mostrar que las relaciones de explotación y de privilegio irresponsable no se dan solo entre varones y mujeres (aunque esta diferencia es estructural – Damián, 2003), sino también entre mujeres, que poseen marcas de clase, étnico-raciales entre otras (Hill Collins, 2000).

Respecto al trabajo remunerado de cuidados, debido al contexto de cambios demográficos, sociales, económicos y culturales que provocaron la crisis de cuidado (la sobredemanda de los mismos ante la escasa oferta), se ha generado un gran nicho de mercado de trabajo remunerado de cuidados. Este trabajo remunerado es realizado mayoritariamente por mujeres de niveles educativos y económicos muy bajos, lo cual en

cierto punto reproduce los mecanismos de explotación de las mujeres, pero atravesados por la lógica del mercado de empleo (Aguirre, 2014).

Ante esta visión del fenómeno hay un contra-argumento que establece que la mercantilización del trabajo de cuidados es positiva en la medida que genera empleo (para mujeres), dinamiza la economía y potencialmente contribuye a aumentar la autonomía económica de las trabajadoras.

Paradójicamente, en América Latina el sector del trabajo de cuidados es uno de los menos regulados, de los peor remunerados, se lo observa en gran medida como trabajo precario e informal, se desarrolla en el ámbito doméstico donde no hay como garantizar el control ante situaciones de abuso o explotación ni posibilidad de un manejo protocolizado de los riesgos y se trata de un trabajo para el que no se exige niveles de formación ni educativos altos, que validen y reconozcan al cuidado como un trabajo profesional (Torns, 2008; Van Rompaey, 2015). En cierta medida, esto mantiene al trabajo de cuidados como un trabajo de escaso valor social y económico altamente feminizado.

1.2.4 Resumen acerca de qué se entiende por cuidados.

En resumen, cuando hablamos de cuidados hablamos de un concepto en devenir, pero con algunos aspectos en particular que destacaremos:

- Es una relación social durante todo el curso de vida entre las personas, que son, por definición interdependientes
- Es un trabajo que implica costos de oportunidad, producción de bienes y servicios, así como la presencia de vínculos emocionales y de una suerte de "moral" de cuidado que deviene de las prácticas[2].
- Es comúnmente realizado en el ámbito de los hogares sin percibir una remuneración a cambio (Aguirre, et al., 2014; Batthyány, 2001, 2009, 2010, 2015; Hochschild, 1983, Letablier, 2007, Torns 2008 y Scott, 2008). Pero la tendencia a la mercantilización del cuidado ha generado un nuevo espacio en el mercado laboral que fue ocupado mayoritariamente por mujeres que trabajan en otros hogares, en instituciones y perciben un salario por ello (Aguirre, 2014).
- El trabajo de cuidado, al igual que la DST adquiere formas, contenidos y significados en los distintos contextos socio-históricos.
- En la cultura actual, el cuidado es un trabajo feminizado, aspecto central para entender las desigualdades de género y el restringido goce de los derechos ciudadanos por parte de las mujeres. Esta feminización del cuidado tiene un basamento en la naturalización del mismo como una tarea exclusivamente femenina (Guimaraes, Hirata y Sugita, 2012: 84). La participación femenina en las tareas del cuidado está enmarcada en los roles y contratos de género.

[2] "*La vida moral no es un dominio distinto y autónomo de la actividad humana: resulta de las prácticas corrientes de los grupos de personas. La moral es siempre contextual y condicionada por la historia, incluso cuando reivindica la universalidad*" (Tronto, 1993).

- Es una categoría desde donde se puede pensar en cómo organizar la sociedad. Esto se vincula con la noción de "social care", aspecto que ahondaremos más adelante.

1.3. Cuidado como categoría de análisis de los Estados de bienestar social y de la organización social del cuidado.

Entendido como una actividad de la reproducción humana, el cuidado tiene un rol central que es cada vez más reconocido y problematizado desde las ciencias sociales[3]. Se lo ha señalado como una categoría analítica a partir de la cual es posible explorar los tipos de división sexual del trabajo, las conceptualizaciones de género subyacentes en los distintos Estados de bienestar social y las formas de garantizar el pleno goce de los derechos ciudadanos.

Según Daly y Lewis (2011) el cuidado como cuidado social (*social care*) admite la revisión de los derechos y los deberes de ciudadanía, al tiempo que permite cuestionar y evaluar los modelos sociales y las respuestas colectivas a la resolución del bienestar (Izquierdo, 2004, Vega, 2009, Tobío et al, 2010 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Este análisis supone que en cierto punto los Estados de bienestar se enfrentan el desafío de lograr equidad en la participación de los distintos sectores que son fuente de bienestar (Estado, mercado, familia y comunidad) y entre varones y mujeres; lo cual exige el diseño de una nueva organización social del cuidado que abogue por el estímulo a la corresponsabilidad (Adelantado et al, 1998; Daly y Lewis, 2000).

En base a esta idea se realizaron varias caracterizaciones a partir de las cuales se puede considerar a los Estados de bienestar como promotores de corresponsabilidad en los cuidados. Para ello, las conceptualizaciones clásicas de nociones como trabajo, tiempo han cambiado así como la consideración de cuáles son los sectores proveedores de bienestar social.

Esping-Andersen (1993) ha sido uno de los autores pioneros en proponer que existen regímenes de bienestar y que los mismos se vinculan con procesos de mercantilización y desmercantilización de la producción de bienes y servicios para el sostenimiento de la vida. La desmercantilización es el '*grado en el que los individuos o las familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable independientemente de su participación*

[3] Se encuentra en Vega y Guitierrez Rodróiguez (2014) un resumen de las líneas de investigación y el desarrollo del interés teórico en relación a los cuidados y la organización social del cuidado.

en el mercado' (Esping-Andersen, 1993:50). Planteó que los mismos dependen del sector proveedor de bienestar y en sus primeros trabajos determinó solo dos: Estado y mercado.

Tras una serie de críticas desde el feminismo que ya había planteado su visión del trabajo y de la producción de bienes y servicios como aspectos más allá de su compraventa en el mercado laboral, sugirió tres: Estado, mercado y familias. Finalmente, otros estudiosos como Adelantado, et al (1998), identificaron a la comunidad, a partir del voluntariado, el trabajo de las organizaciones sociales y religiosas, así como el intercambio de favores entre vecinos y amigos un actor o sector proveedor de bienes y servicios centrales para el bienestar social.

Esping-Andersen en su modelo de análisis institucional concluye la existencia de tres grandes tipos de regímenes de bienestar. En el conservador-corporativo el Estado no redistribuye la economía ni bienes culturales o sociales sino que acentúa las diferencias en el acceso al cumplimiento de derechos básicos preexistentes. Esto es así porque los sujetos tienen diferencias en cuanto al acceso a derechos en función de su participación en organizaciones religiosas o laborales. En la actualidad, el componente corporativo se reflejaría en que la seguridad social depende de estar insertos en el mercado laboral.

El modelo liberal, es aquel en el que hay una provisión estatal de servicios y seguros como apoyo para quienes no pueden acceder a comprarlos, lo cual implica "mostrar" una posición de vulnerabilidad social. Son políticas orientadas comúnmente a personas que son asalariadas de bajos ingresos.

Finalmente, el modelo socialdemócrata planteado por Esping-Andersen (op. cit) propone que existe un universalismo y una desmercantilización de los derechos sociales de la ciudadanía, buscando generar un Estado de bienestar en términos de igualdad y equidad, democratizar el acceso a servicios y prestaciones y crear alternativas reales al familismo en los cuidados que no dependan del poder adquisitivo de las personas.

A nivel meso y microsociológico, Saraceno y Kreck (2008) han planteado una clasificación de los Estados en base al tipo de familismo que detectan en los mismos. Así, las opciones para hacer frente a las demandas del cuidado que ofrece cada sociedad se tornan centrales para comprender el bienestar en las mismas.

Plantean que en aquellos países en donde no hay políticas para el cuidado ni protección para las familias, quienes se hacen cargo del mismo porque no hay otras opciones, son regímenes de *familismo por defecto*. En cierto punto, se podría asociar el familismo por

defecto a la propuesta de Esping-Andersen de régimen conservador-corporativo en donde no hay una participación del Estado para garantizar los derechos de protección social. Un segundo tipo de *familismo es el soportado* en el cual los Estados realizan políticas focalizadas como transferencias monetarias para apoyar a las familias para poder brindar cuidados, es decir, refuerzan que las familias sean las principales cuidadoras (lo cual no contribuye a modificar la DST) sean las cuidadoras, pero brindan "apoyo" económico vinculado al cuidado.

El tercer modelo es el familismo opcional, en donde existen opciones de atención como servicios que se prestan para proporcionar cuidados a familiares, de uso público que implican apoyo en las tareas de cuidado. En este modelo, el cuidado realizado por las familias es una opción ya que existen opciones de cuidado, que permiten que la familia pueda elegir no brindar directamente cuidados. Sin embargo, en este modelo el cuidado no es un derecho individual, como lo es en el modelo *desfamiliarizador*. En este último, existe una individualización de los derechos sociales, los cuales reducen las responsabilidades familiares. La realización del mismo requiere de un proceso de colectivización de los riesgos del cuidado, de corresponsabilidad entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias y principalmente de corresponsabilidad entre varones y las mujeres. Estos últimos dos, podrían vincularse con la propuesta de régimen socialdemócrata de Esping-Andersen, como dos momentos distintos del proceso de universalización de las garantías al goce del derecho de ser cuidado y de elegir si cuidar o no.

En cuanto a los modelos culturales que están por detrás de la organización social de los cuidados, Hochschild (1995) sugiere la existencia de cuatro: el tradicional, posmoderno, el de modernidad fría y cálida. En el primero, el cuidado se basa en el trabajo femenino ya que la representación social imperante en la cultura es la de mujer-madres-cuidadora y ama de casa. En el segundo, el cuidado también es un trabajo que realizan las mujeres, aunque a este trabajo suman el remunerado y las exigencias que la posmodernidad trajo para las mujeres: ser activas, atractivas, participar de la vida política y pública, trabajar sin dejar de ser "buenas madres" y amas de casa. La modernidad fría es modelo cultural en el que hay instituciones de cuidado impersonales que generan opciones para el cuidado (por ejemplo, servicios de larga estadía para personas mayores). Finalmente, la modernidad cálida es el modelo en el que las instituciones proveen cuidados, mientras

mujeres y varones tienen un reparto equitativo de los cuidados no remunerados en el marco de las familias.

En el cuadro 1, se presentan los vínculos analíticos que tienen las distintas propuestas. Al el de Esping –Andersen un análisis macrosocial, y el de Saraceno y Kreck meso-microsocial, se tomará como guía para el análisis en el presente trabajo el segundo, teniendo en cuenta los modelos culturales propuestos por Hochschild.

Cuadro 1. Modelos de análisis de los Estados de bienestar, de Estados de bienestar según el grado de familismo y modelos culturales de cuidados.

	Conservador-corporativo	**Liberal**	**Socialdemócrata**	
Tipología de estados de bienestar (Esping-Andersen 1993)	El Estado no redistribuye la economía y los bienes culturales y sociales, sino que acentúa las diferencias en base a los méritos de las personas. Se accede a beneficios en función del estatus social y laboral. Los sujetos están estratificados en función de si son asalariados o no. Es corporativo. La seguridad social depende de estar inserto en el mercado laboral.	Provisión estatal de seguros y servicios como "ayudas" para quienes no pueden comprarlos, subsidios y políticas estatales vinculadas estrechamente a la condición de asalariados de bajos ingresos, tradicional y de liberalismo económico con una otorgación mínima de prestaciones sociales.	Se basa en el universalismo y la desmercantilización de los derechos sociales de la ciudadanía como vía para su cumplimiento real; se busca generar un estado de bienestar en términos de igualdad y equidad intentando mediante la provisión de servicios universales el alcance de todos/as los/as ciudadanos/as a los mejores niveles de vida y protección social	
	Familismo por defecto	**Familismo soportado**	**Familismo opcional**	**Desfamiliarizador**
Tipología de Estados de bienestar en función del familismo (Saraceno y Kreck, 2008)	Es aquel en el que no hay alternativas al cuidado familiar proporcionadas de manera pública ni apoyo financiero. Puede ser implícito o explícito como es el caso de los países en que las leyes conminan a unas generaciones a hacerse cargo del cuidado de otras	Es aquel en el que las políticas generan transferencias financieras para apoyar a las familias a mantener la situación de cuidado y soportar la situación de responsabilidad del cuidado intergeneracional	Es aquel en el cual se presentan opciones en el ámbito de la atención como servicios, que se prestan a proporcionar cuidados para los familiares, el uso es público y es dirigido al apoyo en las tareas de cuidado	Es aquel que se presenta en las sociedades donde hay individualización de los derechos sociales, incluidos los del cuidado, los cuales reducen las responsabilidades familiares y las dependencias (por ejemplo, prestaciones de ingresos mínimos universales, subsidios de desempleo para jóvenes o beneficios a educación superior o para recibir cuidados a través de servicios o prestaciones universales directas)
	Modelo tradicional / Modelo posmoderno		**Modernidad-fría**	**Modernidad-cálida**
Modelo cultural de cuidados (Hochschild, 1995)	Representado por la imagen de la mujer-madre-cuidadora y ama de casa	Representado por la mujer trabajadora que lo "hace todo" sin ayuda adicional de sus pares varones o de otros agentes proveedores de bienestar.	Está representado por las instituciones de cuidado impersonales, la presencia de hogares para personas mayores de larga estadía o de día.	Las instituciones proveen cuidados de las personas jóvenes y mayores, mientras que varones y mujeres tienen un reparto más equitativo de los cuidados que brindan de manera no remunerada en el marco de sus familias, y hogares

Fuente. Elaboración propia en base a Esping-Andersen, 1993:49, Saraceno y Kreck (2008: 9), quienes establecen cuatro tipos de familismos, reformulando la propuesta de Leitner (2002) y Hochschild (1995, 337-342).

En América Latina se han realizado ejercicios de caracterización de los Estados de bienestar. Aguirre (2003)[4] clasifica a los estados como familistas (la responsabilidad del

[4] La autora sigue a Saraceno y Sainsbury en esta línea de análisis de Estados de bienestar.

bienestar es de las familias y las mujeres) y desfamiliarizadores (hay una derivación de funciones de cuidado, tareas domésticas hacia el estado y mercado). Este último modelo permite pensar la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y hogares, en la realización de las tareas necesarias para proveer de bienes y servicios a la población, pero particularmente para generar una nueva organización social del cuidado. Según Martínez y Voorend (2013), los Estados en América Latina, lejos de estimular la corresponsabilidad entre sectores, cuestionan poco el rol de las mujeres en el trabajo no remunerado de cuidados o directamente se basan en él para la aplicación de las políticas públicas y la generación de productos necesarios para el bienestar de la población; son mayoritariamente familistas.

Para su oportuna reorganización y la concreción de la corresponsabilidad es central establecer al cuidado como un derecho. Pautassi (2007) propuso considerar el derecho a ser cuidado y a cuidar (se) como un "*derecho universal que no puede ni debe recibir otro tratamiento. No se puede concebir como un derecho particular en tanto estaría en franca contradicción con los postulados del Sistema Internacional de Derechos Humanos, que lo incluye en todas sus esferas, aunque no lo nomine específicamente*" (Pautassi, 2007: 40). La autora enfatiza en que reconocer al cuidado como un derecho es necesario mas no suficiente para modificar las desigualdades y la inequidad de género y socioeconómica existente en torno al mismo.

1.4. Dependencia/atención-asistencia y cuidados/interdependencia: dos paradigmas para abordar las relaciones de cuidado.

Las definiciones de cuidados, atención, dependencia e interdependencia tienen por detrás las tensiones entre los *modelos médico-rehabilitadores,* que destacan la ausencia de salud por una causa fisiológica o médica y que puede ser o no reparable en función de las herramientas de la medicina y *los modelos sociales*, en los que la sociedad es parte de la salud o la enfermedad en función de cómo la comunidad expone a riesgos en salud, cuida o no cuida. En este apartado se busca presentar la conexión entre una definición de dependencia medicalista y el cuidado como asistencia y una definición de interdependencia (que incluye a la dependencia como algo más que una ausencia en la capacidad de funcionamiento) y la idea de cuidado como relación social.

Estos dos modelos son importantes porque derivan en políticas diferentes de cuidados: unas buscan la atención, fijándose en la parte concebida como "carente" del par cuidador/cuidado (es decir la persona, "enferma" o "dependiente") mientras que las otras,

se plantean abordar al cuidado de manera integral, como relación social. Esto conduce indefectiblemente a analizar las desigualdades de género presentes en las políticas públicas (Pérez Orozco y Baeza Gómez, 2006, en Cerri, 2015: 117).

La asociación de dependencia a persona "inhabilitada" deviene de una larga tradición medicalista de entender a la salud, que delinea la idea de un binomio cuidador / cuidado. La persona que necesita cuidados es entendida como un "sujeto/objeto" débil, vulnerable, inactivo, carente de autonomía y por ende de tomar decisiones sobre sí mismo. La persona cuidadora, es un "sujeto" fuerte, activo, autónomo, independiente, y quien toma las decisiones sobre el cuidado del otro (porque "sabe" lo que el otro necesita) (Pérez Orozco y Baeza Gómez, 2006, en Cerri, 2015: 117). En este paradigma, el cuidado es concebido como "atención" a la dependencia y no como relación social de interdependencia.

Esta lógica binaria de cuidador-activo-independiente-que brinda "atención" y persona dependiente-inactiva-carente-vulnerable instala una imagen negativa e individualizada de la dependencia y una jerarquía entre un sujeto cuidador y un objeto de cuidados, a la vez que contribuye a asimilar pérdida de autonomía y dependencia, cuando no se trata de aspectos similares (Caradec, 2010 en Cerri, 2015: 116). Claramente este paradigma, implica anular la agencialidad de los sujetos de cuidado y omitir la posible existencia de otro tipo de dependencias, económica, moral, emotiva (Vega Solís, 2009 en Cerri, 2015:117).

El Consejo de Europa —en su resolución (98) 9 del 18 de setiembre de 1998, conceptualizó la dependencia como "*el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria*". Su enfoque centra la atención en la evaluación y detección de anomalías en las personas partiendo de un tipo ideal de funcionamiento normal de los cuerpos y la biología humana. Las limitaciones biológicas y/o físicas son entendidas como elementos que impiden el desarrollo de la vida social de la misma forma en que pueden hacerlo aquellas personas que no presentan patologías.

También existe otro paradigma que plantea que la dependencia no sólo implica la presencia de un individuo con su capacidad de funcionamiento disminuida, sino que se trata relaciones sociales en las que se juega el ejercicio del derecho a cuidar y a ser cuidado. En las mismas, se requiere un manejo de las emociones para poder llevar adelante las tareas de cuidado sin sufrir agotamiento emocional, despersonalización y

falta de realización personal, consecuencias que sufren principalmente las mujeres por obedecer a los mandatos tradicionales de género (Hochschild, 1983: 137).

En este marco, "*garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres*" (SNIC, 2015: 11), es el objetivo que se ha propuesto Sistema Nacional Integrado de Cuidados y cuya definición de dependencia tiene algunas conexiones con la del Consejo Europeo, en tanto procura categorizar y estratificar a los "dependientes" en gradientes de dependencia.

La política pública de cuidados en Uruguay se basa en que son personas dependientes aquellas que "*requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria*" (SNIC, 2015:8) o la planteada en la Ley 19.353: "*el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra y otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria*".

En este sentido, las distintas visiones de dependencia se reflejan en el tipo de políticas que se construyen. Por ejemplo, en España, al igual que plantea el SNIC en Uruguay, para acceder a políticas de atención a dependientes y a las prestaciones económicas asociadas a esas políticas, las personas son sometidas a una evaluación médica y a un cuestionario (baremo) referido a las capacidades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, de modo de poder ser categorizadas en grados de dependencia y "certificadas" como dependientes. Dentro de las variables más importantes para definir si una persona es dependiente o no, las condiciones físicas son las de mayor relevancia.

En ambos casos se reproduce en parte la idea de la carencia, sin reconocer que todas las personas son interdependientes y que por eso el cuidado no puede ser entendido como una "atención" direccionada a "enmendar" una carencia.

Este paradigma en particular reproduce la atomización de la enfermedad y de los riesgos del cuidado a la vez que olvida que las personas cuidadoras (las mujeres) también son personas dependientes que asumen altos costos por dedicarse a cuidar. Pagan los costos del cuidado con su salud física y mental, con la restricción de acceso al mercado laboral, al estudio, al tiempo libre, entre otras dimensiones relevante de la ciudadanía social

(García-Calvente, 2004). La perspectiva del cuidado que no se basa en la interdependencia no es relacional y, por tanto, no visualiza las desigualdades de género explícitas en el mismo.

A partir de la definición de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 se estableció en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) una definición que busca conciliar las distancias entre el modelo médico-rehabilitador y social de entender a la salud. Establece que la salud es el estado de bienestar de una persona, resultado de la combinación de varios componentes: las funciones y estructuras corporales (cambios fisiológicos y/o anatómicos), la participación (capacidad de realizar de la actividad y la realización efectiva de esa actividad) y el contexto con el que interactúan (factores ambientales o personales/psicológicos) (Rogero García, 2010:24).

En resumen, las definiciones de cuidados a personas dependientes actuales tienden a construirse en torno a la idea de falta de autonomía, a la capacidad de las personas para poder realizar por sí solas las actividades de la vida cotidiana y la necesidad de ayuda de otro para lograr un buen estado de salud (Consejo de Europa 1998 y Casado Marín 2008 en Rogero García 2010).

Si las políticas de cuidado son planteadas como de "atención a la dependencia", centradas en las personas que requieren apoyos para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana y dejan de lado a la población trabajadora de cuidados (remunerada o no) y las condiciones en las cuales dicho cuidado es provisto, es probable que se reproduzca la desvalorización del trabajo de cuidados (Scavino y Van Rompaey, 2017). Así, las políticas de cuidado y la idea de dependencia o de interdependencia que las orienta derivarán en una reproducción o no del familismo y la feminización del cuidado existente o podrán reproducir el paradigma de marginación o medicalista, en el cual la asistencia se concentra en solucionar una "carencia" fisiológica. Esta visión no toma en cuenta otras dimensiones de la dependencia y las relaciones sociales de cuidado en las que se dan grandes asimetrías y desigualdades de género.

1.5. Cuidados, cuidados en salud y cuidados profesionales en salud

Dentro de las distintas relaciones sociales de cuidado están las que se dirigen al cuidado infantil, garantizando las condiciones para su devenir en adultos y las que se enmarcan en relación a un estado de enfermedad. En estas últimas el carácter temporal permite

distinguir enfermedades agudas (momentáneas) y crónicas (las que se mantendrán a lo largo de la vida). Mientras que a las enfermedades agudas se responde con estrategias de cuidado finitas, las estrategias para contrarrestar las enfermedades crónicas no tienen un final previsible. Esto implica que las personas, instituciones y comunidad, prevean y desarrollen estrategias de cuidado que deberán ser sostenidas durante largos períodos de tiempo.

Las personas más pobres y más vulnerables socialmente estén sobrerrepresentadas entre quienes tienen enfermedades crónicas (Rodríguez, 1987) y las personas mayores son "*estigmatizadas como uno de los problemas de la sociedad actual*" (Ennuyer, 2004: 1 en Urteaga: 2011).

Para analizar las estrategias de cuidado en salud que las personas desarrollan de cara a enfrentar a las situaciones de dependencia severa y las enfermedades crónicas particularmente en personas mayores, es importante distinguir la noción de cuidados en general, cuidados en salud y cuidados profesionales en salud. En este sentido, se sigue la distinción establecida por Celia Davies (1995) entre care-giving, carework y professional care.

El primero (*dar cuidado*) refiere a la actividad de cuidado en general (con independencia de quién, cómo y en qué condiciones se realiza). El segundo *(trabajos del cuidado)* lo define como el conjunto de trabajos remunerados de cuidados no profesionales, pensando en este caso en el que está ligado a las personas en situación de dependencia. El tercero, (*cuidado profesional*), es el trabajo de cuidados caracterizado por la formación específica y sistemática de sus trabajadoras.

Sin distinguir si se trata de un trabajo remunerado o no, podemos pensar en tres dimensiones: el cuidado en general (definido por Batthyány, 2015 y Aguirre, 2009 en base a Letablier, 2002), el cuidado en salud y el cuidado profesional en salud (el conjunto de cuidados brindados por profesionales en el marco de instituciones: licenciadas/os en enfermería, psicólogas/os, psicomotricistas/os, médicas/os de todas las especializaciones, entre otros).

Para avanzar sobre la definición de cuidado en salud, tomaremos como referencia la definición planteada por Batthyány, Genta y Perrotta (2014) de cuidados no remunerados en salud (CNRS) definido como "*aquellos cuidados cotidianos que son brindados a*

personas con su capacidad de funcionamiento disminuida debido a enfermedades crónicas o dependientes" (Batthyany, Genta y Perrotta, 2014).

Determinar el límite del cuidado no remunerado en salud implica diferenciarlo de otro tipo de cuidados o producción doméstica que inevitablemente contribuyen a la promoción de la salud como las tareas de higiene o elaboración de alimentos (ya captadas en las encuestas de uso del tiempo[5]).

Las tareas de cuidado no remunerado en salud refieren entonces a tareas elaboradas específicamente ante una situación de dependencia a causa de enfermedades crónicas y agudas. Son *"todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlas por sí mismos, sin recibir pago alguno por ellas. También incluyen a los que no viven en el hogar y ya sean familiares o no. Por personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de cuidado de salud no remunerado nos referimos a niños/as y niñas/as, ancianos/as dependientes, personas con discapacidad inhabilitados para autocuidarse, enfermos crónicos, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc*." (Batthyány, Genta, Perrota, 2014).

Las autoras destacaron cuatro dimensiones que componen el concepto de cuidados no remunerados en salud:

- **Específicos:** refiere tareas específicas de cuidados en salud como (hacer tratamientos específicos, curaciones, inyecciones, controlar manifestaciones de la enfermedad-temperatura-, administrar medicinas)
- **Apoyo:** tareas de elaboración de alimentos, de higiene que responden específicamente ante situaciones de enfermedad, como realizar alimentos para una dieta específica.
- **Acompañamiento:** traslados, entretenimiento, acompañamiento durante internación o a consultas médicas, etc.
- **Gestiones con el sistema institucional de salud:** tareas de solicitud de consulta, retiro de análisis, etc.

En base a esta definición, puede considerarse que existen cuidados en salud similares, realizados por fuera del sistema sanitario y que pueden ser remunerados (realizados en el marco de los hogares o de instituciones) o no.

Por lo tanto, existe una diferencia entre la definición de las autoras y la que guiará el presente trabajo en el que se entiende que los cuidados en salud pueden ser *tanto remunerados como no remunerados*. Esta consideración permitirá tener en cuenta la

[5] Varios estudios en Uruguay analizan estos elementos del trabajo no remunerado: Aguirre, 2003 Batthyany 2004, INE, 2008, Aguirre, 2009, Batthyany 2009, Batthyany (Coord.) 2015.

participación de todos los agentes proveedores de bienestar: Estado, mercado, comunidad y familia, así como si son varones o mujeres.

En este sentido para conocer las estrategias de los hogares para el cuidado en salud, integrando los elementos del mercado o el Estado que están presentes en los cuidados en salud, pero que no obedecen al sistema sanitario, organizado como Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en la órbita del Banco de Previsión Social (BPS) y basándonos en la definición de cuidados no remunerados en salud de Batthyány, Genta y Perrotta (2014), presentamos la siguiente distinción para el análisis:

Cuidados en general: son los definidos más arriba (punto 1.2) y se vinculan e incluyen a los cuidados en salud, pero en un sentido amplio, preventivo (la generación de alimentos, la higiene, etc. en cualquier caso pueden ser consideradas tareas que abonan a la salud en sentido amplio).

Cuidados profesionales en salud*:* se trata de los apoyos, atención o provisión de actividades otorgada por hospitales, instituciones médicas y el cuerpo de profesionales de las mismas que forman parte del SNIS regulados por el Ministerio de Salud.

Cuidados en salud: son la respuesta específica del entorno, en la vida cotidiana, ante la disminución de la capacidad de funcionamiento por la presencia de enfermedades crónicas o agudas a través de la atención, el apoyo y la provisión de actividades y servicios para el desarrollo y sanación de las personas con su capacidad de funcionamiento disminuida. Excluyen a los cuidados profesionales en salud brindados por médicos, licenciadas/os en enfermería, psicólogos, etc. en el marco de instituciones, principalmente las del Sistema Sanitario. Los mismos pueden ser provistos desde el Estado, el mercado; las familias (de manera remunerada o no) y la comunidad (de manera remunerada o no)[6]. Estos cuidados en salud se ven condicionados por los contextos políticos, culturales y normativos en los que se enmarcan afectando el tipo de estrategias de cuidado desarrolladas. También dependen de la organización social que se dé entre Estado, mercado, familia y comunidad, así como del papel de varones y mujeres, para su desarrollo[7].

[6] Definición inspirada en Batthyány, Genta y Perrotta, 2014 y 2015.

[7] Si bien integra el cuidado institucional brindado por profesionales por fuera del Sistema Sanitario, la definición de cuidado social en salud se relaciona con la definición de cuidado profano, cuidado informal o doméstico definido en Hernández, 2009, Rogero 2010, Haro, 2000, Gálvez; Matamala 2001, García Calvente, Et al, 2004, que en grandes rasgos plantean que son aquellos provistos por redes sociales cercanas para presentar ayuda a personas enfermas discapacitadas, que implican la realización de múltiples tareas, muchas veces al simultáneo como la atención personal, doméstica y médica y que además son fuente de enlace entre el ámbito público y privado. Su magnitud y alcance depende de la organización social del cuidado, de las demandas, ofertas y corresponsabilidad en la provisión de cuidados y cumplimiento de derechos. A estas definiciones se integran dentro del cuidado social en salud aquel que

Desde la literatura del cuidado como un trabajo remunerado se han advertido que los principales riesgos laborales del cuidado en salud tienen que ver con la sobrecarga emocional de los cuidadores, que produce el síndrome del *burn out* (Brotheridge y Grandey, 2002; Zapf, 2002; Ortega y López, 2004). En el caso de los cuidados en salud que suceden en los hogares, se visualiza como un riesgo de dicho trabajo el aislamiento y la soledad de quienes lo realizan (Davies, 1995; Recio, 2014; y Van Rompaey, 2015).
Finalmente, cuando es estudiado como un trabajo remunerado, se destaca que el cuidado en salud requiere de dos grandes tipos de competencias: las que devienen del conocimiento o saberes teórico-prácticos salud y enfermedades incluyendo los referidos a técnicas de movilización e higiene que son herramientas imprescindibles para atender a personas en situación de dependencia y competencias interpersonales (comunicar, establecer empatía, escucha atenta, integridad ética y capacidad para tomar decisiones) adquiridas fundamentalmente mediante la experiencia de vida y ligadas a la condición y socialización de género (Van Rompaey, 2015; Littler, 1982).

1.6. Estrategias de cuidado

El concepto de estrategia, en sociología se construyó en base a la idea de agentes racionales que actúan tomando decisiones libremente en función de sus deseos. Esta idea de la teoría de la elección racional fue dejada de lado, para considerar que las estrategias son producto de la intersección de elementos estructurales (materiales), culturales (normativos, valorativos) y las motivaciones individuales (Wallace, 2002).
Se considera a las estrategias como prácticas de las personas, producto de la combinación de factores de naturaleza estructural (división sexual del trabajo en los hogares, posición de clase, disponibilidad de acceso material a servicios de cuidado en el mercado y provistos por el Estado) con factores culturales (mandatos de género, actitudes, valoraciones y normas sociales que determinan el ideal de cuidado y las personas ideales para ejercerlo).En sintonía con la definición de cuidados, se han distinguido dimensiones de las estrategias: la material, económica y subjetiva. La primera incluye el tiempo dedicado al cuidado, la utilización o no de servicios de cuidado y la participación de otras personas (remuneradas o no) en el cuidado. La segunda refiere a los costos económicos del cuidado. Finalmente, la subjetividad en el cuidado refiere a cómo el mismo es percibido el cuidado, qué representaciones sociales asociadas al mismo existen (de

puede ser provisto por instituciones o personas cuidadoras por parte del Estado o el Mercado, que están por fuera del Sistema Sanitario.

género, familistas) y cómo son traducidos los mandatos sociales en términos de subjetivación de las emociones. Esto último es un elemento central para comprender cómo son las estrategias de cuidado que los sujetos sociales llevan a cabo en el marco de contextos socioculturales específicos, aspecto que será abordado en futuras investigaciones.

2. ANTECEDENTES

Existen una serie de antecedentes en la región y en otros países que abordaron los cuidados en salud. En España, García Calvente (1999) afirma que los cuidados no remunerados realizados por las familias son el principal proveedor de atención en salud, mientras que los servicios remunerados participan de forma secundaria. Estudios más recientes muestran que sólo el 12% del tiempo total dedicado anualmente al cuidado de la salud lo aportan los profesionales sanitarios, mientras que el 88% restante es tiempo dedicado por los familiares (Durán; 2008).

El cuidado en salud brindado por las familias (las mujeres) es invisibilizado, al igual que todo el TNR: "*Los servicios formales (profesionales) participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que vienen de la comunidad, y constituyen sólo la punta del iceberg de este sistema invisible de atención a la salud, de modo que "el conjunto de las familias constituyen un sector de prestación de servicios de salud que supera con creces el volumen de trabajo a todas las restantes instituciones sanitarias*" (Durán, 1999 en García-Calvente,2004:84).

El perfil de las personas que cuidan pone de manifiesto que es un trabajo (al igual que el cuidado en general) realizado mayoritariamente por mujeres, de edades mayores en comparación a la población cuidadora total (45 en adelante). En los antecedentes, la mayoría pertenece a niveles socioeconómicos más bajos con poco contacto con el mercado de empleo, a su vez, todos los antecedentes no regionales concuerdan con que son las mujeres las que más aportan tiempo de CNRS; aspecto que se observa para todos los tipos de cuidados[8] (La Parra, 1994 y 2001; García-Calvente, Mateo y Gutierrez, 1999; García-Calvente, 2004, INSERSO, 1995 y Rogero, 2010).

Hasta ahora uno de los conflictos destacados a nivel internacional es que una de las consecuencias de las reformas de los sistemas sanitarios es la derivación a los hogares de

[8] La última Encuesta de Uso del tiempo en Uruguay (Módulo de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, año 2013) muestra que el 90% de las mujeres participan del trabajo no remunerado (tareas domésticas, de cuidado, de voluntariado y ayuda a otros hogares), dedicando un promedio de 37,5 horas semanales mientras que el 76% de los varones lo hace, con un promedio de 19,5 horas semanales dedicadas al mismo.

las responsabilidades y costos del cuidado, ya que: "*las reformas de los servicios sanitarios ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio entorno, convirtiendo el hogar en un escenario de la atención sanitaria donde confluyen el sistema profesional y el informal. Esto supone un desplazamiento de más cuidados y más complejos hacia el sistema informal*" (García- Calvente, 2004: 84).

A pesar de que la intención de desmedicalizar la salud puede ser vista positivamente, es necesario observar si dicha perspectiva redunda en la reproducción de roles de género y sus costos, lo cual pone en el centro del panorama la pregunta acerca de cómo se dan los cuidados una vez que la persona enferma sale de la institución de salud y qué impactos tienen los mismos en el entorno y en quienes los llevan a cabo.

En relación a los costos del cuidado no remunerado en salud, García-Calvete. Et al. (1999) señala que un alto porcentaje de mujeres cuidadoras percibe que su propia salud (principalmente la psicológica) se ve afectada en algún grado como consecuencia de realizar CNRS. También se evidencia un impacto negativo en sus posiciones en el mercado de empleo (abandono temporal o definitivo del mismo), en cuanto a su situación económica personal, a la posibilidad de socializar y gozar de tiempo libre.

En cuanto a los antecedentes regionales, las principales conclusiones son similares a las presentadas, salvo en lo relativo a la dedicación de una mayor cantidad de horas por parte de las mujeres.

Un estudio antecedente en Chile mostró que, si bien la tasa de participación de las mujeres en el trabajo no remunerado de cuidados es mayoritaria, las diferencias entre varones y mujeres en el tiempo promedio dedicado al mismo no son significativas, tendiendo a la convergencia en el mismo (Díaz, Mauro y Medel, 2006).

En México, se llevó a cabo una estimación económica de los CNRS, que concluyó que el valor monetario de los cuidados no remunerados en salud 85,5% del valor agregado de los servicios hospitalarios y 98,1% del valor de las residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud. Del total 72,2% es provisto por mujeres, quienes mayoritariamente tienen entre 20 y 39 años, y destinan 14 horas semanales promedio al CNRS, mientras que los varones dedican 8 horas (INEGI, 2014).

En Colombia, Hernandez Bello (2009) encontró resultados similares que muestran una feminización y familiarización del cuidado. Señaló que en el caso del cuidado no remunerado de salud el discurso predominante se apoya en el supuesto que naturaliza las desigualdades de género, menoscabando la participación fundamental en el cuidado en

salud de por parte de las mujeres quienes soportan los déficits de servicios provistos por otros actores (Estado, mercado, comunidad).

En Uruguay, la investigación en la cual se enmarca esta tesis, *"El aporte de las mujeres y las familias al cuidado no remunerado en salud en Uruguay"*[9] y los primeros resultados del análisis de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (ENCNRS) realizada como parte del mencionado proyecto constituyen un marco para el estudio de las estrategias de cuidado en salud. Los mismos muestran que el 17% de los hogares uruguayos realiza trabajos de CNRS, en los mismos, la mayoría de las personas que cuidan de manera no remunerada son mujeres (77%) y que en el caso de las personas de niveles socioeconómicos más bajos, esta proporción aumenta (86%). Las personas cuidadoras son mayores (entre 46 y 60 años) a las edades encontradas para la población cuidadora en general.

Respecto a las cargas de cuidado medidas en el tiempo que se dedica al CNRS, se encontró una carga de tiempo mayor a la del cuidado en sentido amplio, lo cual fue interpretado como parte de la especificidad y las altas demandas que requiere el cuidado de personas enfermas (crónicas o agudas) y una brecha de 12 horas entre varones y mujeres menores de 60 años, siendo ellas quienes dedican más tiempo al cuidado (varones, 44 horas semanales promedio, mujeres 56).

La mayoría del tiempo de cuidados que las personas reciben proviene de personas con las que conviven y el promedio de horas que son no remuneradas es ampliamente mayor al promedio de horas pagas de cuidado que las personas reciben (90 vs. 23).

En relación a los costos del cuidado, las personas cuidadoras de enfermos crónicos o dependencia permanente declaran en mayor proporción que sus vidas han experimentado cambios a partir del cuidado en relación a quienes cuidan de personas con enfermedades temporales. Las principales dimensiones en las que se ven afectados son el trabajo remunerado y el estudio, en la participación en redes sociales y en su propia salud.

En cuanto al perfil de las personas que reciben cuidados en salud, las autoras comparan la proporción de personas mayores en Uruguay (10%) y la proporción de personas que reciben CNRS de mayores de 70 años (45%) y establecen que la población de personas mayores está sobrerrepresentada en la población de las personas que reciben cuidados por presencia de enfermedades crónicas o agudas. El vínculo entre CRNS y vejez, hace que

[9] Este proyecto fue elaborado por el Grupo de Investigación de Sociología de Género (DS-FCS-UDELAR) que es coordinado por la Dra. Karina Batthyány e integrado actualmente por Natalia Genta, Valentina Perrotta y Sol Scavino.

se haya considerado necesario ahondar las estrategias de cuidado en salud dirigidas a las personas mayores, además de realizar una caracterización general de las estrategias de cuidado en salud, en este trabajo de investigación.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Preguntas de Investigación, objetivos e hipótesis

El objetivo principal del presente trabajo es conocer cómo son las estrategias de cuidado en salud que las personas desarrollan. Para su abordaje empírico, se han considerado como objetivos específicos la necesidad de:

(1) identificar la participación de diferentes sectores (familias, mercado, Estado, comunidad) y magnitud del aporte de los mismos para la provisión de los cuidados en salud

(2) ahondar en la identificación de la división sexual del trabajo en los cuidadores/as que proveen de cuidados en salud a la interna de los hogares

(3) explorar si existen diferencias en las estrategias de los hogares según se trate de enfermedades crónicas o agudas, según nivel socioeconómico de los hogares, región del país a la que se pertenezca y tipo de hogar

(4) conocer los costos económicos que el cuidado en salud genera en los principales cuidadores y entorno familiar.

Como guía de la investigación se ha planteado la hipótesis general que sostiene que las estrategias de los hogares para el cuidado en salud serán diferentes en función del nivel socioeconómico de los mismos y si las enfermedades de los dependientes del hogar son crónicas o agudas. Las principales cuidadoras en salud no remuneradas serán mujeres y quienes dedicarán más tiempo al cuidado en todos los casos. Así, las estrategias darán cuenta de una organización social del cuidado feminizada y familiarista que reproduce la atomización e individualización de los problemas de cuidado en las personas dependientes y en soluciones “privadas”.

Como hipótesis especificas se ha planteado que (1) los sectores que aportan al cuidado en salud serán los hogares, aunque aquellos de niveles socioeconómicos más altos incorporarán en su estrategia servicios de acompañantes, o cuidadores remunerados que alivianarán la carga del hogar, aunque dentro del mismo las que trabajarán más son las

mujeres. Esto pasará mayoritariamente cuando la enfermedad es crónica. Por el contrario, en los niveles socioeconómicos más bajos la estrategia recaerá fundamentalmente en la interacción entre el hogar y el Estado; (2) la magnitud del aporte en la producción de bienes y servicios por parte de los hogares es superior a la del Estado y el Mercado y (3) las estrategias de cuidado de enfermedades agudas, se apoyarán en gran medida en el trabajo no remunerado de las mujeres que las enfermedades crónicas en las cuales la estrategia será más planificada, con elementos más a largo plazo que contemplen la vida de los cuidadores

3.2 Diseño metodológico

Para dar cuenta de los objetivos de la presente investigación, en base al concepto de cuidado en salud y de estrategia que se presentó en el apartado teórico, se seleccionó una serie de fuentes de datos primarias y secundarias para poder realizar una caracterización de las estrategias teniendo en cuenta la dimensión "material" y "económica" dejando el abordaje de la dimensión "subjetiva" del cuidado para futuras investigaciones. Tal y como muestra el Cuadro 2, se han considerado en la operacionalización de la dimensión material de las estrategias tres elementos:

- tipo de actores que participan
- tiempo de trabajo
- dimensión económica (costos del cuidado en salud)

Debido a que la información sobre el tema es incipiente y fragmentada, se han considerado varias fuentes de datos para el análisis de los componentes caracterizados a continuación, entre los cuales se destacan los datos de la ENCNRS (2013). Por otra parte, se realizó un análisis de documentos secundarios para conocer de qué tratan los programas del Estado dirigidos cubrir las necesidades de cuidado en salud, y se analizaron datos secundarios sobre licencias por enfermedad de familiares directos lo que podría considerarse como una política de cuidados vinculada al mercado laboral.
A cada una de las dimensiones se las estudió tomando como eje transversal la observación sobre la división sexual del trabajo en cada dispositivo de cuidados.

Cuadro 2. Operacionalización de los componentes de Estrategias de cuidados y fuentes de datos utilizadas para el análisis.

<table>
<tr><td colspan="3">Actores proveedores de cuidado</td><td>Familia</td><td colspan="2">Estado</td><td>Mercado</td><td>Comunidad</td><td rowspan="6">División sexual del trabajo</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Estrategia de Cuidados</td><td rowspan="5">Materiales</td><td rowspan="3">Tipo de actores con los que se cuenta</td><td rowspan="3">Participación de familiares en el cuidado Fuente de datos: ENCNRS</td><td colspan="2">Políticas de Cuidado: Programa de Asistentes Personales. Fuente de Datos: Análisis de las características del Programa de Asistentes Personales planteadas en los documentos del SNIC (en función de las condiciones laborales y la feminización del mismo).</td><td>Centros de Larga Estadía (Oferta) Fuente de datos: ENCNRS (2013), ELPS (2013) y ECH Censos de Población, Hogares y Viviendas</td><td rowspan="3">Participación de personas (amigos, vecinos, sin relación de parentesco) en el cuidado: puede ser remunerado o no. Fuente de datos: ENCNRS (2013)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Servicio de Teleasistencia. Fuente de Datos: Descripción de las características del Programa de Teleasistencia planteadas en los documentos del SNIC</td><td>Cuidadores a domicilio remunerados. Fuente de datos: ENCNRS (2013), ELPS (2013) y ECH</td></tr>
<tr><td colspan="2">Políticas asociadas de cuidados asociadas al mercado laboral: Licencia por enfermedad de familiares directos /prestaciones de cuidado (prótesis, sillas de rueda, etc.) otorgadas por los empleadores para el cuidado de personas dependientes). Fuente de datos: datos secundarios elaborados por Salas (2012)</td><td>Servicio de acompañantes (internaciones). Fuente de datos: ELPS (2013) y ECH</td></tr>
<tr><td>Tiempo</td><td>Tiempo de trabajo de cuidados en salud que la familia brinda (remunerados o no) Fuente de datos: ENCNRS (2013) /en menor medida EUT (2013)</td><td colspan="3">Tiempo de cuidados en salud otorgado por una prestación paga por el Estado (ej. Programa de Asistentes Personales). Tiempo de cuidados en salud comprados por las personas a servicios que ofrece el mercado (Servicio de acompañantes, centros de larga estadía, entre otros). Fuente de datos: ENCNRS (2013). Limitación: la medición de la ENCNRS no permite distinguir el tipo de proveedor (Estado o mercado)</td><td>Tiempo de trabajo de cuidados en salud (remunerados o no) que brinda la comunidad (entendida como vecinos, amigos, voluntariado o vínculo entre personas no parientes) Fuente de datos: ENCNRS (2013)</td></tr>
<tr><td>Costos Económicos</td><td colspan="5">Valorización económica del trabajo de cuidados no remunerado. Fuente de datos: ENCNRS</td></tr>
</table>

Fuente: elaboración propia.

3.2.1 Principales características de las fuentes de datos.

Se han sistematizado en el cuadro 3 las principales características de cada una de las encuestas utilizadas como fuente de datos. En la mayoría de los casos se analizan cruces de variables con el estudio de su significación estadística, pero en el caso de la ENCNRS 2013 se realizan dos modelos de regresión lineal sobre el logaritmo de la variable

"Tiempo de trabajo de cuidados no remunerado", uno para varones y otro para mujeres con el fin de conocer que variables impactan significativamente en la varianza de las horas de CNRS, controladas por el resto de las variables. El fin de los modelos es poder controlar los efectos y conocer que variables son estadísticamente significativas (se adjuntan en anexos).

Cuadro 3. Principales características de las encuestas utilizadas como fuentes de datos.

	ENCNRS 2013[10]	EUT 2013	ECH (2006 / 2015 / 2016)	ELPS (2013)
Modalidad	Encuesta independiente	Módulo de la Encuesta Continua de Hogares (ECH)	Encuesta cross-section realizada de manera ininterrumpida desde 1986 por el INE	Encuesta Panel -Se consideran los datos de la 1ra ola
Fecha de aplicación	2013	Entre mayo y agosto de 2013 a los hogares que se había realizado la ECH en marzo	Todo el año (año correspondiente)	2013
Instrumento	Cuestionario-Lista de actividades precategorizada	Cuestionario-Lista de actividades precategorizada	Cuestionario cerrado	Cuestionario cerrado
Cobertura Geográfica	Montevideo y localidades con más de 5000 habitantes	Montevideo y localidades con más de 5000 habitantes	En la actualidad la ECH se releva en todo el Departamento de Montevideo, en el Interior urbano, localidades pequeñas y zonas rurales de todo el territorio nacional.	Total país
Población objetivo	Personas de 14 años o más.	Personas de 14 o más años de edad	Toda la población que habite en hogares que residan en viviendas particulares en cualquier parte del territorio nacional	Personas de 14 o más años de edad que residan en hogares particulares
Muestra	Muestra bi-etápica (estratificada por nivel socioeconómico - **INSE**) 1198 hogares de los cuales 300 hogares que brindaban CNRS / 1200 personas.	3.356 hogares 7.447 personas	Muestra estratificada. En el año 2016 el tamaño de la muestra total es de 52.980 casos titulares (4.415 casos por mes) que se asignan de forma proporcional por estrato en base a la cantidad de viviendas particulares existentes en cada uno de los mismos, según el marco del Censo 2011	Muestra estratificada. Geográficamente, por área urbana – rural y como urbanos según tamaño, de conglomerados, multietápica, con afijación proporcional a la población de los estratos. / 18.000 personas
Período de referencia	Día anterior (laborable o no laborable)	Día anterior (laborable o no laborable).	Varía según el módulo	Varía según el módulo

Fuente: elaboración propia en base a los datos institucionales de las encuestas: INE http://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1 (ECHs), http://www.ine.gub.uy/encuesta-de-uso-del-tiempo-eut- (EUT), BPS-ELPS https://www.bps.gub.uy/bps/file/9816/2/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social_presentaciacion-y-primeros-tabulados-ronda-1-2012_2013.pdf y ENCNRS Batthyány, Genta y Perrotta (2014). Por mayor información pueden ser consultadas las páginas con las fichas técnicas de las encuestas adjuntas.

[10] Se adjunta en anexos el formulario de la encuesta, con las dimensiones consideradas, el tipo de preguntas y los indicadores del Índice de Nivel SocioEconómico (INSE).

También, en base a los datos de la ENCNRS se ha realizado una estimación económica de los costos del tiempo de cuidado para poder dar cuenta de la sub-dimensión económica, de la dimensión material de las estrategias de cuidado. A continuación, se presenta un breve resumen del procedimiento metodológico, de carácter exploratorio.

La ENCNRS tiene como principal variable, distintiva y original el tiempo no remunerado dedicado a las tareas de cuidado por las personas encuestadas.

En base al mismo se estimó el aporte de los hogares el cuidado en salud y se lo valorizó económicamente. Con dicho cálculo además de visibilizar económicamente el aporte de los hogares como proveedores de cuidados no remunerados en salud, se ha comparó la magnitud del trabajo en relación al PIB y al aporte de Agregado del Sector Salud[11].

Para la valorización del trabajo no remunerado se optó por seguir la metodología input por costo de reemplazo que estudios antecedentes en el país han utilizado en ejercicios similares (Salvador, 2009: 167-170 y Espino, et al. 2010:7-9).

Se trata de estimar un valor hora promedio que el mercado otorga al cumplimiento de tareas similares a las que se realizan de manera no remunerada e imputarlo a las horas dedicadas al CNRS para luego multiplicarlo por la sumatoria de las mismas. Así se obtiene una masa salarial plausible de ser contrastada con otros agregados.

Para realizar la estimación del valor hora del cuidado no remunerado en salud, se tomó el valor hora promedio, en base a la Encuesta Continua de Hogares 2013, de aquellas personas cuya ocupación principal era ser trabajadores de cuidados personales a domicilio (lo que incluye trabajadores de cuidados personales a domicilio, camillero de ambulancia (domicilio), auxiliar de enfermería (domicilio), acompañante de personas convalecientes a domicilio o cuidador de enfermos a domicilio)[12].

Se consideró que las tareas descritas en cada uno de estos trabajos remunerados fuesen homologables a los medidos como CNRS en la ENCRS por el tipo de tareas que se realizan porque el ámbito de desarrollo de las mismas es el espacio doméstico y no uno de tipo institucional u empresarial.

[11] La valorización del CNRS en salud se ha elaborado en un artículo junto a mi tutora, la Dra. Karina Batthyány, de reciente aceptación en la Revista Gerencia y Políticas de Salud de La Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia)

[12] Listado Nacional de Descripción de ocupaciones, Codificador Ciuo 08 en la página del Instituto Nacional de Estadística: ww.ine.gub.uy

Cuadro 4. Resumen del proceso de valorización de cuidados no remunerados en salud.

¿Qué se mide?	¿Cómo se mide?	¿En base a qué puede ser medido?	¿En qué se traduce?
Costo de reemplazo de un trabajador de servicios de cuidados en salud generalizado	Se identifica un cluster de trabajadores de la salud que realizan actividades de servicios en salud. Se miden sus ingresos. Se toma la media ajustada.	Encuesta Continua de Hogares de 2013. Se establecen las ocupaciones de cuidados domiciliarios en salud.	Un valor asignado a una hora de trabajo, plausible de ser imputado a las horas de trabajo no remunerado que se miden en los hogares.

Fuente. Elaboración propia.

El valor promedio de la hora de trabajo de aquellas personas que trabajan en los cuidados domiciliarios en salud dentro del mercado de empleo. El mismo es de 60 pesos uruguayos por hora. Este valor es transportado a las horas dedicadas al cuidado de la salud en los hogares aunque por él no se recibe remuneración alguna a cambio. Dicho valor se estima para todo un año de trabajo suponiéndose constante la cantidad de hogares que realizan cuidados en salud no remunerados y obteniéndose un valor salarial total como resultado de la sumatoria y multiplicación de las horas monetarizadas.

4. DESARROLLO Y CONTRASTACIÓN EMPÍRICA.

4.1. ¿En qué contexto sociosanitario se organiza el cuidado en salud en Uruguay?

Antes de explorar cómo son las estrategias de cuidado en salud que desarrollan las personas por fuera del sistema sanitario (cuidado profesional en salud) es necesario señalar que Uruguay cuenta con un extendido Sistema Nacional Integrado de Salud (creado en 2008) al que accede la mayoría de la población. Este acceso universal se vincula con una política de Estado paternalista instalada de manera temprana, a comienzos del Siglo XX durante los períodos de gobierno de José Batlle y Ordoñez (1903-1907 y 1911-1915) en el país. La larga tradición de Estado paternalista devino en la constitución de un clásico Estado de bienestar basado en tres pilares: salud, educación y seguridad, cuyos efectos se evidencian en los lugares que ocupa Uruguay en el ranking de países según el IDH. Uruguay ha estado categorizado como un país de Desarrollo Humano Alto y ha ocupado destacados en relación al resto de los países de la región (PNUD, 2008, 2016). Sin embargo, como se ha mencionado, el cuarto pilar del bienestar (el cuidado) está siendo abordado desde la política nacional con la instalación y desarrollo

del Sistema Nacional Integrado de Cuidados ya que los derechos de las personas al cuidado en Uruguay estuvieron desprotegidos durante gran parte de la historia del país.

4.1.1 Breve caracterización del alcance del Sistema Sanitario Uruguayo.

La población uruguaya habita mayoritariamente en zonas urbanas. Dentro de dicha población, el 98% tiene cobertura en salud (INE, 2015). La temprana institucionalización del sistema sanitario probablemente se relacione con el hecho de que Uruguay es el país más envejecido de América del Sur (Paredes, 2010) y con los bajos niveles de muertes por causas infecciosas (2,1% de las muertes ocurridas en 2014), mortalidad infantil (7.8% de cada 1000 en 2014) y materna (en 2014 se registran 0,18 cada 1000 nacidos vivos en Uruguay en 2014); siendo las principales causas de muerte las enfermedades del sistema circulatorio (27% del total de defunciones, 2.5 cada 1000 hab.), tumores (25% del total de defunciones, 2.3 cada 1000 habitantes), enfermedades del sistema respiratorio (9,7% del total de defunciones, 0.9 de cada 1000 hab.) encontrándose también entre las principales causas las causas externas que incluyen los accidentes vehiculares (7% del total de defunciones, 0,7 cada 1000 hab.) (INE, 2015; Arán y Laca, 2013, MSP, 2010)[13].

La reforma al sistema sanitario desarrollada desde 2005, se centró en reforzar las actividades de rectoría del Ministerio de Salud, la articulación de los centros públicos y privados y en la constitución de un Seguro Nacional de Salud (en 2005), que implicó la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA, en 2007) que reúne todos los aportes financieros para la salud, lo cual modificó aspectos de la seguridad social, instalando un impuesto proporcional al salario de los trabajadores obligatorio para el fondo. En 2008, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el marco del cual se plantean cambios en el modelo de atención (Arán y Laca, 2013). En el marco del SNIS, a través del FONASA las personas pueden elegir los prestadores de salud, lo cual permite comprender que la mayoría (57%) se atienda en mutualistas. Del total de las personas que se atiende por mutualistas, el 85,6% accede por FONASA (74,4% lo hacen porque es un derecho de las personas y 11,2% porque hay un familiar directo que lo tiene) (ELPS, 2013). Existe un pequeño porcentaje de la población que aún no accede a FONASA. En cuanto a la reforma, parecería que, si bien hay una tendencia a la redistribución, el Sistema Sanitario sigue fragmentado, siendo los servicios del prestador de salud estatal

[13] Fuente: Estadísticas Vitales –División Epidemiología- Ministerio de Salud, año 2014.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) poco elegidos entre quienes puede escoger por poseer FONASA.

Tabla 1. Tipo de cobertura en salud por quintiles de ingreso del hogar pre-reforma (2006) y en la actualidad (2015). Total país.

	Primero		Segundo		Terceo		Cuarto		Quinto		Total	
	2006	2015	2006	2015	2006	2015	2006	2015	2006	2015	2006	2015
ASSE (2015) M.S.P(2006)	36,0	46,8	28,1	26,1	19,9	15,8	12,1	8,7	3,9	2,7	100	100
Hospital de Clínicas (2006)	12,5	*	17,3	*	28,9	*	23,8	*	17,4	*	100	*
IAMC (mutualista)	2,4	8,9	7,4	17,6	15,5	22,0	27,7	25,7	47,0	25,7	100	100
Seguro Médico Privado	**,3**	**,9**	**1,1**	**,8**	2,2	3,6	4,3	13,3	92,2	81,4	100	200
Hospital Militar o Policial	4,6	11,2	35,5	20,4	58,5	24,6	60,1	22,3	41,3	21,4	100	100
Salud BPS	24,1	42,3	35,5	31,7	24,0	15,9	13,2	**8,4**	3,2	**1,7**	100	100
Policlínica Municipal	43,8	57,6	26,3	21,2	16,1	11,8	10,4	7,1	3,3	2,3	100	100
Otro prestador	8,5	12,5	13,5	22,4	17,7	22,7	23,8	25,2	36,5	17,3	100	100
Sin cobertura	17,2	32,2	19,8	26,5	25,4	20,6	22,2	13,3	15,4	7,4	100	100

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2006 y 2015 del Instituto Nacional de Estadística.

En la tabla 1, se puede observar una redistribución del tipo de prestadores entre las personas de distintos quintiles de ingreso, que muestra un acceso más equitativo entre las mismas a los prestadores públicos y privados (elegibilidad de los centros). Sin embargo, a veces, quienes eligen prestadores privados pueden tener limitaciones para el acceso real a medicamentos o consultas, puesto que en las mutualistas son pagas, de hecho, 13,4% de las personas que tienen mutualista no se atiende efectivamente en ellas porque declaran no tener dinero para trasladarse a la institución, o para comprar las órdenes o tickets de medicamentos.

Otras restricciones para acceder a los centros de salud son que las distancias que separa al usuario del servicio (33,1% IAMC y 58,2% de los que tienen derechos en ASSE pero no se atienden), lo cual habla de las restricciones de movilidad y de falta de servicios en algunas zonas del territorio nacional.

En cuanto a las emergencias móviles, servicio que atiende en domicilio a la población y resuelve la consulta o deriva a un centro de salud, del total de la población uruguaya mayor de 14 años, según informa la ELPS (2013), cerca de 23,4% cuenta con este tipo de servicios, sin encontrarse diferencias significativas entre varones y mujeres. En cuanto al acceso por quintiles de ingreso de las personas, se visualiza que en 2015 persisten distancias muy grandes en su capacidad de contratación entre las personas del primer

quintil (5%) de ingresos y las del quinto (40%), esto es en buena medida a que se trata de un servicio ofertado solamente por el mercado.

Tabla 2. Contratación de servicios de emergencia móvil, por quintiles de ingreso del hogar pre reforma (2006) y en la actualidad (2015). Total país.

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Total
2015	5,2	11,5	17,6	25,7	40	100
2006	2,4	6,5	13,4	24,5	53,2	100

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2006 y 2015 del Instituto Nacional de Estadística.

Es síntesis, el acceso a los prestadores de salud por FONASA permite un abanico de oportunidades para la elección de los centros a la población. Esto se relaciona con que las personas del segundo y tercer quintil de ingresos se atiendan de manera más frecuente en mutualistas en 2015 que en 2006 (tabla 1). Sin embargo, este movimiento tuvo como efecto indeseado que la población que decidió afiliarse a mutualistas no siempre cuenta con un nivel de ingresos que permita hacer frente a los costos en salud de las mismas (tickets de medicamentos, análisis y otras herramientas para el diagnóstico). Los aspectos de movilidad y acceso a los centros de salud también aparecen como limitantes para el goce de los derechos en salud de la población uruguaya.

A pesar de las restricciones persistentes, el SNIS y la extensa trayectoria que ostenta la protección a la salud de la población desde años tempranos del siglo XX, fueron determinantes para que Uruguay sea uno de los mejores países en la región, cuando se analiza el comportamiento en el cumplimiento indicadores de salud fijados en los objetivos del milenio.[14] Los esfuerzos realizados por diversas administraciones en pos del logro de las metas de salud establecidas por Naciones Unidas muestran a Uruguay bien posicionado entre los países de la región junto a Chile, Costa Rica y Brasil (OMS, 2014).

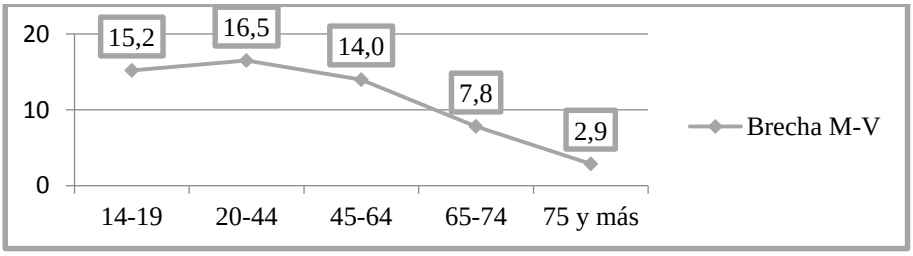
Por ejemplo, relación al Objetivo de Desarrollo Sustentable n° 3 *"Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades"* Uruguay se ha destacado por ser el único país que logró bajar la mortalidad materna, por haber logrado la cobertura total de servicios de salud esenciales y porque el 99,9% de los partos se realizan con asistencia de personal sanitario especializado. Como contracara, el país enfrenta dificultades que debe resolver como son la alta tasa de suicidios, la reiteración de

[14] Particularmente con los objetivos 4 "reducir la mortalidad de los niños/as menores de 5 años", 5 "mejorar la salud materna" y 6 "combatir el VIH sida, la malaria y otras enfermedades". Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han sido planteados por Naciones Unidas, para todos los países miembros de la organización. Disponible on line en : http://www.un.org/es/millenniumgoals/

embarazos en adolescentes y la prevalencia de factores de riesgo en Enfermedades No Transmisibles[15].

Por otra parte, en relación a quiénes se vinculan de manera más frecuente con las instituciones del SNIS, la ELPS (2013) revela que son las mujeres quienes concurren a las consultas con más frecuencia (76,5%), mientras que los varones lo hacen en menor medida (61,8%). Según los datos, la brecha entre varones y mujeres se relaciona con la edad, ya que, a menor edad, las mujeres asisten en mayor proporción que los varones en relación a cuando son mayores, años en que la brecha tiende a disminuir.

Gráfico 1. Brecha de género (mujeres-varones) en la concurrencia a consultas médicas en el último año. Total país, 2013



Fuente: elaborado en base a datos de la ELPS, BPS, 2013.

Entre quienes no asisten a una consulta anual, el principal motivo es que no han tenido necesidad de hacerlo, siendo los motivos económicos absolutamente residuales (0,3%). Los varones han declarado que no han tenido necesidad con mayor frecuencia que las mujeres, lo que expresa que el autocuidado y el vínculo con el cuerpo y las instituciones del sistema sanitario es diferente entre varones y mujeres (MSP, 2009).

Como proponen Bonino (2002), Oppezzi y Ramirez (2012), MSP (2009) y otros estudios que han analizado el vínculo entre los varones y el sistema sanitario, cuidarse en salud, se opone al estereotipo masculino tradicional, que tiene que responder a una idea de actividad y de no debilidad o enfermedad. Este aspecto se expresa en que, dentro de las personas que asistieron a consultas médicas, un tercio (36,9%) tiene enfermedades diagnosticadas, siendo esta proporción significativamente mayor entre las mujeres (42,6%) que entre los varones (30,6%).

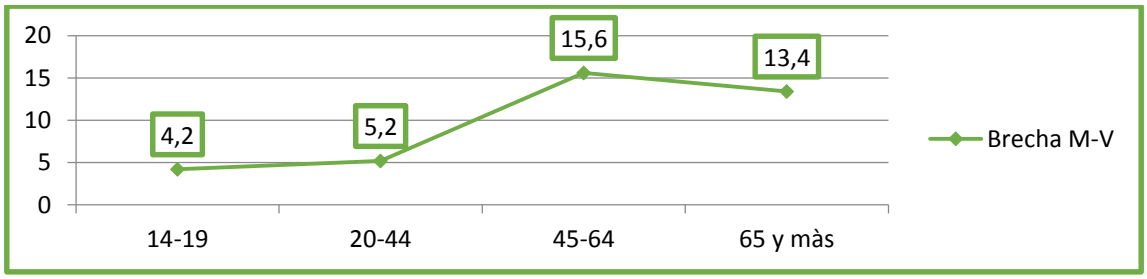
En relación a las enfermedades diagnosticadas, las mismas aumentan progresivamente con la edad, encontrándose una mayor proporción en las personas de 65 años y más, donde

[15] file:///C:/Users/usuario/Downloads/AG_VNR_ODS_2017_HLPF_Uruguay.pdf

las diferencias de género persisten ya que, dentro de las mujeres, 77,2% declara tener al menos una enfermedad diagnosticada, mientras que lo hace el 63,8% de los varones (ELPS,2013). Esto se vincula con lo que se han expresado como desigualdades de género en la vejez en las que, si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, tienen una menor esperanza de vida con buena salud (INE Español, 2015 en Aguirre y Scavino, 2017).

La mayor presencia de enfermedades en las mujeres en la vejez tiene algunas bases genéticas pero también se estima que esa realidad puede estar determinada por el tipo de vida, condiciones y carga de trabajo, en particular los trabajos de cuidado que las mujeres asumen durante la vida y que las coloca con un mayor riesgo al desarrollo de enfermedades (García Calvente, et al. 2011).

Gráfico 2. Brecha de género en enfermedades diagnosticadas por tramos de edad. Total país, 2013.



Fuente: elaborado en base a datos de la ELPS, BPS, 2013.

El vínculo más fluido de las mujeres con el sistema sanitario y con otras de las instituciones del Estado, ha generado la creación de políticas sanitarias, educativas, basadas en la idea de que las mujeres de las familias podrán sostener los vínculos entre el sistema sanitario y la población. Esto implica la reproducción de estereotipos y roles de género por parte del Estado, que despliega sus acciones bajo el supuesto de que alguien puede encargarse del vínculo entre las personas, en este caso, enfermas y las instituciones del SNIS. Esto, recuerda Hernández Bello (2009) fue explicitado en la Declaración de Alma Ata (1978) en donde se establecía claramente que "*en casi todas las sociedades las mujeres desempeñan una función importante en el fomento a la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden aportar una contribución a la atención primaria de salud, (y, lo que no es menor) en especial para aplicar medidas preventivas*" (Hernández Bello, 2009: 178-179).

4.1.2 Licencias laborales asociadas al cuidado en salud.

Sumado al desarrollo del SNIS, los derechos laborales vinculados a la salud (individuales) están muy extendidos en la legislación laboral uruguaya en donde, según los datos de la ECH 2016, la mayoría de los trabajadores formales dependientes tienen derecho a licencia por enfermedad, con goce de sueldo. Entre aquellos que son asalariados privados, 82,1% declara tener pago por licencia en caso de enfermedad o lesión, porcentaje que asciende a 95,8% de los asalariados públicos. También se cuenta con un seguro de enfermedad que es otorgado a los/as trabajadores/as activos que se encuentran imposibilitados de trabajar por enfermedad o accidente de trabajo. El Banco de Previsión Social (BPS) cubre hasta un año por motivo de enfermedad, con un segundo año de prórroga, o dos años alternados en un período de cuatro años (BPS, 2016). Sumado a esto, existen licencias especiales para la atención en salud de las mujeres, aunque se trata de derechos asociados a la reproductividad como la licencia por examen ginecológico (Ley 17.242) del año 2000 (solo para población empleada formal, dependiente) y la licencia por maternidad (entre 14 y 15semanas).

Cuando se trata del cuidado de otros, existen las licencias por enfermedad de familiares como prestaciones de cuidado. De este tipo de licencias, la información con la que se cuenta es escasa y no existen sistematizaciones regulares sobre el panorama de las licencias por enfermedad de familiares enfermos en Uruguay. El documento más sistemático que ha sido encontrado es un informe sobre las prestaciones de cuidado en el Estado (Salas, 2012). Si bien algunas reglamentaciones pueden haber cambiado, se concluye de la lectura que la protección para cuidar de familiares enfermos no tiene una regulación nacional coherente, ya que cambia según el tipo de servicio estatal donde se trabaje. Por ejemplo, en el relevamiento sobre qué organismos del Estado cuentan con prestaciones por enfermedad o discapacidad encuentra que tienen licencias al menos 4 de las 19 intendencias, 4 de 13 ministerios y 8 de 19 entes autónomos. Los organismos de contralor no respondieron el formulario y en Presidencia, poder legislativo y poder judicial no se registró la existencia de mecanismos previstos para el cuidado de familiares enfermos.

Cuadro 5. Prestaciones de cuidado en salud en los Organismos de Estado Uruguayo. (2012)

	Intendencias	Ministerios	Entes autónomos y servicios descentralizados
Licencia con goce de sueldo por enfermedad de familiar directo	4 de 19 intendencias cuentan con la misma. En Cerro Largo y Canelones se cuenta con 30 días con goce de sueldo y en Canelones con 20 días. En Artigas existe el mecanismo, pero no se cuenta con información acerca de los días	Existe en 4 de 13 ministerios. En el de Transporte y Obras Públicas se dan hasta 20 días. En el Ministerio de Industria, Energía y Minería hasta 30 días, en el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial, hasta 10 días. En el Ministerio de Educación y Cultura existe el mecanismo, pero no se establecen los días	8 de 19 cuenta con el mecanismo. La administración nacional de usinas y trasmisiones eléctricas es la que cuenta con el beneficio más extendido brindando 60 días, seguido por el Banco Central del Uruguay, Administración Nacional de Puertos, la Administración Nacional de Combustible, Alcohol y Portland (30 días), el Banco de Previsión Social (20 días) y el Banco República, la Universidad de la República, Instituto Nacional de Colonización que cuentan con el mecanismo
Licencia sin goce de sueldo por enfermedad de familiar directo	2 de las 19 intendencias cuentan con la misma. En Maldonado se dan hasta 60 días y en canelones hasta 180	-	2 de 19 (Banco Central y ANCAP, permiten el usufructo de licencia sin goce de sueldo hasta 180 días por enfermedad de familiar directo.
Flexibilidad o reducción de horario por discapacidad o enfermedad de familiar directo	-	De forma excepcional, en el Ministerio de Transporte y Obras Públicas existe el mecanismo (1 de 13 ministerios)	1 de 19 (Banco de la República Oriental de Uruguay) cuenta con el mecanismo
Permisos remunerados para no cumplir la totalidad de la jornada	-	-	1 de 19 (Banco de Previsión Social) otorga 4 horas al mes

Fuente: elaboración propia en base a Salas, Fernando (2012) "Servicios, prestaciones y convenios para el Cuidado de los familiares del personal del Estado". Informe preliminar presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el Grupo de Trabajo del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Sumado a esto, las duraciones y el tipo de presentación varían sin un criterio común entre los entes del Estado. Mientras en algunas Intendencias hay 30 días por enfermedad de familiar, en otras se registran 20 días. Algunas tienen goce de sueldo y otras no, En cuanto a los mecanismos de flexibilidad horaria y de asistencia a la institución (vistos como potencialidad para administrar la estrategia de cuidado, aunque también podría ser un impedimento a trabajar de manera adecuada por la superposición de trabajo y cuidados) se observa que solo uno de los entes autónomos lo permite y uno de los trece ministerios cuenta con la posibilidad de manera excepcional.

Más allá de las ventajas o desventajas observadas en cada uno de los sectores del Estado, lo que mostró con claridad la sistematización de Salas (2012) es que no existe una política

coherente para garantizar el derecho al cuidado (de al menos de familiares directos) y por la vía de prestaciones como licencias por enfermedad de familiares directos o de elementos de flexibilidad que favorezcan las tareas de cuidad que deban enfrentar los trabajadores de ese sector.

Esta situación es contraria a los principios de universalidad, corresponsabilidad, solidaridad y progresividad del SNIC que, como se ha mencionado, busca redistribuir el cuidado para garantizar el goce de derechos de cuidar o no y de recibir cuidados en situaciones de enfermedad. Si bien es considerable que debería existir una política nacional de licencias para días de cuidado de familiares enfermos (principalmente para el caso de los agudos, y los primeros meses de montaje de la estrategia de cuidado en el caso de los crónicos), las mismas deberían de ser planteadas como derecho individuales e intransferibles, de manera que no termine por seguir perjudicando solo a las mujeres (quienes potencialmente la utilizarían con mayor frecuencia) respecto a su posición en el mercado laboral.

4.1.3 Políticas de cuidados dirigidas a personas con dependencia moderada o severa.

Dentro del SNIS, son muy escasos los ejemplos de políticas que intentan acercarse a la población con el fin de diagnosticar y prevenir enfermedades, principalmente las enfermedades no transmisibles a las que se asocia 70% de las muertes en el país. "Previniendo"[16] es un programa piloto que se realizó en tres departamentos del interior, con apoyo del Banco Mundial que buscó instalarse en barrios, plazas para brindar información, atención y promoción de una vida saludable. Sin embargo, la mayoría de los planes y políticas del sistema sanitario dependen de que las personas acudan a los centros de salud, hagan gestiones con los mismos a nivel individual y para otros familiares.

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos que se ha desarrollado como un servicio para el cuidado y seguimiento de enfermos crónicos en etapa avanzada o terminal, en el marco

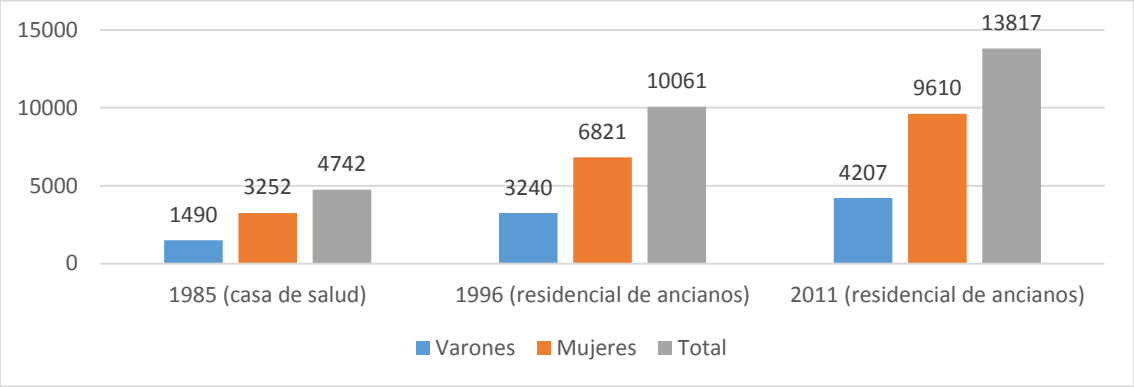
[16] http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/08/15/previniendo-uruguay Es presentado como un programa que responde a que las personas (y ya hemos visto, mayoritariamente los varones) no acuden a los centros de salud para la prevención, sino que solo lo hacen ante la aparición de enfermedades. En palabras de la ex ministra (Susana Muñiz) el programa responde a la lógica de que "si Mahoma no va a la montaña, la montaña va a Mahoma", es decir "si las personas no acuden al sistema sanitario, el sistema acude a ellos". Este resultaría un principio interesante para pensar nuevos programas o políticas de salud, siempre y cuando no se basen en los hogares como unidades abstractas (no generizadas) para su planteamiento o no dependan de la presencia de mujeres cuidadoras no remuneradas para el éxito de los mismos.

de los hogares. Dicho Plan se ha establecido como un servicio obligatorio a partir de la reforma que creó el SNIS y se configura como un ejemplo de "cuidados profesionales en salud" realizados en el espacio doméstico. En el Plan se prevé la actuación de un equipo de médicos, psicólogos, licenciados/as y auxiliares de enfermería para el acompañamiento y alivito del dolor de los pacientes en las etapas finales de la vida. Los Cuidados Paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud como un *"enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales*" (MSP, 2013). Sin embargo, dicho plan no provee cuidados en salud como han sido definidos más arriba, es decir las relaciones cotidianas que sustentan la vida de las personas enfermas: la elaboración de alimentos, la higiene de las habitaciones, el aseo de las personas, entre otras.

Como un síntoma de la desarticulación entre los cuidados profesionales en salud (representados por el SNIS) y los cuidados en salud (que vendría a representar el SNIC) no existen una articulación prevista entre los equipos de cuidados paliativos y el Programa de Asistentes Personales que se analizará brevemente más adelante.

Por otra parte, en Uruguay, el servicio de acompañantes, así como la posibilidad de contar con centros de larga estadía para el cuidado de personas dependientes está fuertemente segmentada por el poder adquisitivo de los hogares, ya que la oferta es escasa, privada y cara (BPS, 2015). El Censo 2011, estima que 2,5% de las personas mayores vive en centros de larga estadía. Si bien es un porcentaje bajo, cuando se observa la cantidad de personas en "Residenciales de ancianos" o "casas de salud" en los últimos tres censos, es notorio el aumento de la cantidad de personas a lo largo de los años, lo que se vincula con los mencionados fenómenos de envejecimiento poblacional, individualismo institucionalizado y crisis del cuidado. A su vez, la mayoría de las personas que habitan en centros de larga estadía son mujeres, lo que admite al menos dos hipótesis: que es un fenómeno que se corresponde con la feminización del envejecimiento y que quienes quedaron al cuidado de las mismas fueron varones que eligieron derivar el cuidado a instituciones.

Gráfico 3. Cantidad de personas que residen en centros de larga estadía, según los Censos 1985, 1996 y 2011.



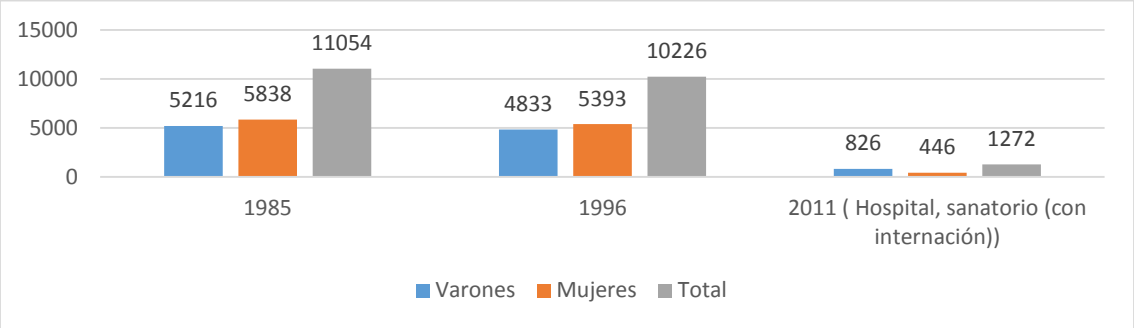
Fuente: elaboración propia en base a los datos censales proporcionados por el Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR).

Desde el Instituto de las Personas Mayores (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se declara una gran presencia de centros de larga estadía de carácter informal en el ámbito privado. Los primeros resultados del Censo de centros de larga estadía realizado por INMAYORES, mostraron la existencia de 1030 centros en Uruguay, de los cuales 75% son residenciales, 7% hogares sin fines de lucro, 5% servicios de inserción familiar y un 13% restante que no se clasifica en ninguna de las categorías anteriores (SIVE, 2015).

El aumento de la cantidad de personas que viven en centros de larga estadía se ha visto acompañado de una disminución de personas que viven en los hospitales.

Si bien los datos recogidos en 1985 y 1996 no son comparables con los de 2011, cuando realizó un censo de derecho y no de "hecho" que permitió captar de manera más precisa dónde habitan las personas, se observó una disminución de las personas que residían en los hospitales. Entre 1985 y 1996 y, en 2011, se contaron 1272 personas en internación, bastante menos que las registradas en los "residenciales de ancianos" o "casas de salud". Este dato contribuye a mostrar que los cuidados en el sistema sanitario responden a una lógica medicalista que deriva a los pacientes hacia sus hogares para ser curados durante las enfermedades o la recuperación por algún familiar o miembro de la comunidad disponible para el mismo.

Gráfico 4. Cantidad de personas que residen en hospitales, según los Censos 1985, 1996 y 2011.



Fuente: elaboración propia en base a los datos censales proporcionados por el Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR).

La persistencia de la idea de que en las familias siempre hay cuidadoras disponibles para establecer y sostener el vínculo con el sistema sanitario, del cual depende la atención al cuidado en salud, responde al concepto de división sexual del trabajo clásico que adjudica a las mujeres un rol preponderante en los cuidados y las tareas domésticas, pero no a su desempeño y desarrollo en la esfera pública mediante el trabajo, la participación política, etc.

Este tipo de división sexual del trabajo genera desigualdades sociales que afectan principalmente a las mujeres y para modificarla, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), se plantea cambiar la organización social del cuidado. Con los cambios que el sistema propone, se espera generar condiciones para que las políticas sanitarias y educativas que parten del supuesto de que cuentan con las familias y población cuidadora para su ejecución, dejen de hacerlo y puedan integrar elementos de conciliación y corresponsabilidad que permitan sostener los derechos de cuidado de la población cuidadora y de la población que requiere cuidados (Navarro, 2005).

Las prestaciones que el SNIC se plantea ofrecer específicamente a personas en situación de dependencia cuya definición fue presentada en el marco teórico, son: un programa de *Teleasistencia*, la regulación y creación de Centros de Larga Estadía y de Día y reconfiguración del programa de AP para la atención de las personas con "invalidez" que pre-existía desde 2014 en la órbita del Banco de Previsión Social, asociado a las pensiones por dependencia severa.

En cuanto a los centros de larga estadía, el mayor avance registrado hasta mayo de 2017 fue la aprobación de una regulación para mejorar la calidad de atención[17] siendo casi nulas otro tipo de intervenciones. Conviene recordar que la oferta de estos servicios en general es baja y que los centros de larga estadía públicos presentan serias restricciones en cuanto a la cobertura y servicios que brindan[18].

Tal como señalan Batthyány, Genta y Perrotta (2013) las representaciones sociales del cuidado muestran fuertes resistencias a la institucionalización por parte de las personas mayores, quienes prefieren el cuidado familiar, mientras que los jóvenes actuales proyectan con más frecuencia el final de sus vidas en una institución. Esto, además de hablar de una tensión intergeneracional, indica que existe una modificación de las preferencias de cuidado al final de la vida, que requeriría de una mayor oferta de instituciones de cuidado, así como de la mejora en la calidad del cuidado brindado por las instituciones lo cual se plantea como un desafío para el SNIC.

En relación a la Teleasistencia, los datos a mayo de 2017 informan que se piensa como un servicio para personas de dependencia leve y moderada de 70 años y más. La ciudadanía aún no dispone del servicio pero está en proceso la habilitación por parte del SNIC de diez empresas para prestar ese servicio y las postulaciones de usuarios que quisieran ser beneficiarios de la teleasistencia están abiertas en el portal de cuidados.

El Programa de Asistentes Personales (AP), el tercer componente que desarrolla el SNIC en relación al cuidado de personas dependientes (excluyendo a los/as niños/as sanos) se define como "*el servicio que atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas de la vida diaria (por ejemplo alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras)"*[19]

Se trata de la presencia de un/a cuidador/a, que brinda ayuda profesional y a las que se les exige un curso de 152 horas teórico – prácticas que proporciona el SNIC pero que no

[17] Solo por ofrecer un panorama de la regulación en Uruguay de los Centros de Larga Estadía, en mayo de 2016, murieron 7 personas mayores en un centro que no tenía habilitación, uno de los 180 hogares que funcionaban en el momento con "déficit" de calidad y regulación.

[18] Solo por ofrecer un panorama de la regulación en Uruguay de los Centros de Larga Estadía, en mayo de 2016, murieron 7 personas mayores en un centro que no tenía habilitación, uno de los 180 hogares que funcionaban en el momento con "déficit" de calidad y regulación.

[19] http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61052/1/innova.front/asistentes-personales

suple intervenciones profesionales. Se trata de un trabajo que puede ser definido dentro del concepto de "cuidados en salud" desarrollado en el marco teórico (1.5) Según los datos a mayo de 2017, hay más de 9000 personas interesadas en formarse en cuidados (incluye primera infancia) y son 17 las entidades habilitadas para dar esa capacitación.

El Programa AP cuenta con dos tipos de componentes. El primero es una transferencia monetaria hacia las familias cuyos ingresos no excedan once BPC (36740 pesos per cápita de ingresos mensuales) para el pago de un Asistente Personal. El monto a pagar es de 11.862 pesos uruguayos nominales (unos 400 dólares) por 4 horas diarias de lunes a viernes, más aguinaldos y salario vacacional. Dicha subvención está estratificada según los ingresos del hogar, aunque en la estimación de los ingresos no se incluyen los costos económicos de cuidado, lo que podría estar afectando fuertemente el criterio de elegibilidad de los hogares de ingresos medios en los que se cuida de personas dependientes.

El segundo componente es la formación y habilitación de los cuidadores para su trabajo por parte del SNIC. Las familias pueden elegir a quien contratar siempre y cuando no se trate de un familiar directo, lo cual contribuye a deconstruir el familismo en los cuidados.

Si bien se ha explicitado la intención del SNIC de ir progresivamente hacia la universalización, por el momento el Programa AP, selecciona quienes tienen derecho a recibir cuidados tomando como referencia la edad de las personas (actualmente considera a las personas menores de 29 años y de 80 y más) y la constatación de que se está ante situaciones de dependencia sea severa (es decir, que las personas necesiten ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, de manera constante).

A mayo de 2017, 5548 personas con dependencia severa se encontraban en condiciones de acceder al programa de AP, aunque hasta ese momento se registraban 2678 usuarios activos, de los cuales el 75% recibe un subsidio total incluyendo la licencia y el salario vacacional del AP (SNIC, 2017).

Según los datos de la ELPS (2013), 45% de las personas dependientes manifiesta necesitar un Asistente Personal por no poder realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, esto es distinto entre varones y mujeres según el tramo de edad. De los varones dependientes que declaran necesitar atención personal el 25,6% tiene entre 0 y 25 años; mientras que el 38,9% son varones de 65 años y más. En el caso de las mujeres la proporción de dependientes que necesitan un asistente personal es mayoritaria en el caso

de las mujeres viejas, de 65 años y más, ya que representan un 62,5% del total de las mujeres que precisan Asistentes Personales. Las que tienen entre 0 y 25 años representan el 12,4% del total (BPS, 2015).

A su vez, en un primer acercamiento a la medición de la dependencia realizado por dicha encuesta indica que un 14% de las personas de 65 años y más (cerca de 65380 personas) manifiestan tener dificultad para realizar al menos una actividad de la vida diaria, de las cuales un 9% declara tenerlas siempre (BPS, 2015).

Si consideramos todos los niveles de dependencia de las personas de 65 años y más, la cobertura del programa AP se acerca a 4% de la población que potencialmente precisaría un AP. Y si se considera a quienes tienen dificultades para hacer actividades de la vida diaria de manera permanente, el programa actualmente cubre cerca de un 10% de la población que lo necesitaría.

En un reciente artículo realizado con Van Rompaey (2017) señalamos algunos de los elementos del Programa AP en relación a la desvalorización del trabajo remunerado de cuidados entre los que se han identificado: insuficiente formación, falta de soporte técnico y mecanismos de prevención de riesgos laborales, salarios bajos y reproducción de los estereotipos y mandatos de género asociados al trabajo de cuidados.

Cuadro 6. Resumen de las dimensiones y características del Programa de Asistentes Personales.

	Características del trabajo de asistentes personales propuestas por el SNIC	**Dispositivo previsto en el Programa de Asistentes Personales**
Grado de Autonomía por parte de las/os trabajadores	El trabajo de asistente personal se plantea como un trabajo autónomo por parte de los AP en los hogares, el SNIC aparece como "supervisor" del trabajo. Si función es de organismo al que acudir en caso de demandas o conflictos.	No está claro aún cómo será la supervisión de los asistentes personales. Para garantizar la autonomía vía el conocimiento que manejan los trabajadores, el SNIC brinda un curso de 90 horas en total para la formación de los AP.
Responsabilidad	La responsabilidad física y psíquica del trabajo de cuidados es asumida por el o la trabajadora de manera individual y aislada.	El SNIC no prevé mecanismos para que colectivizar la responsabilidad del trabajo de cuidados o garantizar condiciones de trabajo menos riesgosas en domicilio
Riesgos Laborales	No se mencionan en el diseño del programa de Asistentes Personales.	No hay mecanismos previstos para hacer frente a los riesgos laborales
Competencias Laborales específicas requeridas para el puesto	Se requiere tomar un curso básico de 152 horas semanales, por tipo de población con la que se pretende trabajar	Se ofrecen cursos dirigidos a personas de 18 años o más, con primaria completa

Valorización económica del trabajo	La remuneración máxima que puede brindar el estado por 80 horas mensuales de trabajo asciende a 15 mil pesos uruguayos aproximadamente. Sin embargo, este monto total es otorgado a aquellos hogares en los que las personas ganen 10000 pesos o menos per cápita. Mientras que en aquellos hogares donde las personas ganan 36000 pesos per cápita el SNIC no subvenciona el servicio.	No se prevén mecanismos de valorización económica del trabajo
Modificación de la división sexual del trabajo en el trabajo de cuidados	El Plan de Formación se dirige a "las cuidadoras" para reconocer la feminización del trabajo de cuidados, aspecto que se ve como positivo desde el SNIC.	No se explicitan mecanismos de fomento a la participación de los varones (cuotas de cuidadores, lenguaje que incluya a los varones). La reproducción de las características que el sector de cuidados ya posee, de informalidad, precarización y poca remuneración del empleo no mejora las condiciones de vida de las mujeres cuidadoras remuneradas ni genera un incentivo para la participación de otras mujeres o varones en la tarea.

Fuente. Scavino y Van Rompaey (2017) Elaboración en base a los datos del Programa de Asistentes Personales de la página del Sistema Nacional de Cuidados. Referencias: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/63068/3/innova.front/es-hoy y http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61039/1/innova.front/personas-en-situacion-de-dependencia

Sumado a estas características que implican restricciones del programa AP desde la perspectiva de género y de cuidados como un derecho, se destaca la falta de conexión del SNIC con el SNIS para la provisión de cuidados de manera integral. Un ejemplo de esto es que en el programa AP no se prevé conexión institucional con los servicios del SNIS y en el caso de los enfermos crónicos no está previsto de manera explícita una articulación de las AP con el equipo de Cuidados Paliativos.

Se ha identificado que el Programa AP reproduce varias de las características de trabajo precario que el trabajo remunerado de cuidados de personas enfermas ya tiene y que se relaciona con la desvalorización del trabajo de cuidados, producto de la división sexual del trabajo, que dictamina que los trabajos de mujeres son peores que los de los varones (Kergoat, 2003).

Según los datos de la ECH (2016) se puede conocer que solo el 40% de las personas que trabajan cuidando personas enfermas a domicilio, aporta a la caja de jubilaciones lo cual es muy inferior al 75% de la población ocupada total. Solo el 33,5% de los trabajadores remunerados de cuidados en salud declara reconocimiento de horas extra, solo la mitad declara cobrar aguinaldo, 41% declara tener cobertura de licencia por enfermedad, y solo 36% aporta por la totalidad del salario. Estos datos indican que el trabajo es fuertemente informal, impide el acceso a derechos canalizados a través del mercado laboral.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos sobre la población empleada en el sector "cuidados" y las características del empleo. Total país, 2016.

		Cuidadores en general[20]	Cuidadores similares a AP[21]	Ocupados (Total)
Sexo	Varón	6,0	4,5	55,2
	Mujer	94,0	95,5	44,8
Principal ascendencia	Afro o negra	4,9	5,5	4,3
	Indígena	1,9	2,1	1,7
Edad (media)		42	50	41
Categoría de la ocupación	Asalariado/a privado/a	82,8	86,3	56,8
	Asalariado/a público/a	7,1	,4	15,0
	Cuenta propia con o sin local o inversión	9,8	13,2	22,9
Reconocimiento de horas extras trabajadas (si)		41,8	33,5	42,7
Vacaciones anuales pagas o pago por licencia no gozada (si)		58,0	45,4	62,7
Pago por licencia en caso de enfermedad o lesión (si)		55,0	41,4	61,1
Cobra aguinaldo (si)		63,2	50,9	65,1
Aporta a alguna caja de jubilaciones (Si)		55,2	40,8	74,7
Aporta por la totalidad del salario (si)		51,0	36,6	61,0
Ingresos de la ocupación principal		12.896	11.147	25.871
Cantidad de horas promedio dedicadas al trabajo principal		33	36	38

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2016.

Como ya ha sido explicitado en el marco teórico, la división sexual del trabajo condiciona la desvalorización de los trabajos domésticos y de cuidados en el mercado laboral. El trabajo de cuidados de enfermos a domicilio es un ámbito marcado por la feminización (95,5% son mujeres mientras que en la población ocupada total las mismas representan menos de la mitad, 44,8%).

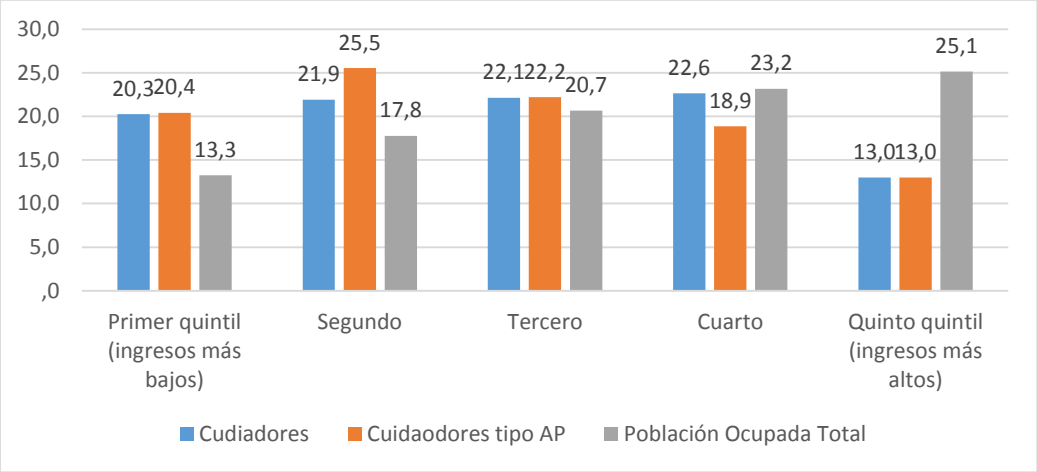
Es posible visualizar también que la población ocupada en el área de cuidados tiene en promedio 36 años de edad, cobran un salario significativamente más bajo que el percibido en conjunto por la población ocupada total, apenas más bajo que el de las cuidadoras cuando también se considera el cuidado infantil (cuidadores en general). Este resumen nos permite conocer de manera rápida la precarización del trabajo de cuidados, altamente feminizado que se ofrece desde el mercado. Dicha precarización también se hace evidente

[20] Incluye los códigos 5311, 5312, 5321, 5322 y 5329 (Cuidadores de niños, ayudantes de maestras, trabajador de cuidados personales en instituciones, trabajador de cuidados personales a domicilio, trabajadores de cuidados en servicios de salud. Se sigue la clasificación presentada por Aguirre (2014).

[21] Se trata de los trabajadores de cuidados personales a domicilio (código 5322 del codificador de ocupaciones CIIU 08) Incluye: Cuidador de enfermos (domicilio), Acompañante de personas convalecientes (domicilio), ayudante de enfermería (domicilio), Camillero de ambulancia (domicilio).

al observar la distribución de la población cuidadora remunerada según los quintiles de ingresos per cápita de los hogares a los que pertenecen. En el gráfico 5 se puede observar claramente como los cuidadores tipo AP se distribuyen principalmente en los quintiles de ingresos 1, 2 y 3, mientras que solo el 13% de los mismos pertenece hogares del quintil más alto de ingresos. Esto sucede de manera inversamente proporcional en la población ocupada total, donde 13% integra hogares del primer quintil, y 25% del quinto.

Gráfico 5. Cuidadores en general, cuidadores similares a los Asistentes Personales y población ocupada total por quintiles de ingresos per cápita. Total país, 2016.



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2016.

Cuando se consideran tanto los cuidadores de enfermos a domicilio como en instituciones, es posible ver que desde 2012 hasta 2016, las características de la población trabajadora no cambiaron de manera significativa, incluso mediando la existencia del SNIC, que intenta revalorizar el trabajo de cuidados y modificar la actual división sexual del trabajo en Uruguay. La amplia mayoría son mujeres, de los quintiles 1 y 2 de ingresos y de edades entre 46 y 64 años.

Tabla 4. Cantidad de trabajadores/as de cuidados personales a domicilio y en instituciones según sexo, quintil de ingreso del hogar y edad. Localidades de más de 5.000 habitantes, 2012-2016

Año	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Total	23462	21209	22321	24107	25516
Mujeres	92,8	92,6	92,0	93,6	91,2
Q1 Y Q2	54,4	50,1	52,0	53,6	49,1
De 46 a 64 años	41,6	46,2	48,9	49,2	48,7

Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS, en base a ECH, INE y proyecciones de población, INE

En este sentido, resultaría necesario considerar las características de los trabajadores del sector cuidados y monitorearlas para conocer si la política nacional de cuidados que se viene implementando desde hace seis años, está generando una revalorización del trabajo de cuidados y contribuyendo a su redistribución entre varones, mujeres y distintos sectores proveedores de cuidado, o si está espejando de manera institucionalizada una situación de desvalorización del trabajo femenino de cuidados preexistente. La revisión de conceptualizaciones clásicas de trabajo y tiempo, han generado la demanda de incorporar el análisis sobre el papel de las mujeres en las políticas de los Estados de bienestar, así como la consideración de cuáles son los actores relevantes en la producción de bienes y servicios para el bienestar social (Orloff (1993), O'Connor (1993) y Sainsbury (1999) en Moreno, et al, 2016).

El SNIC, como organismo rector de las políticas de cuidado tiene la posibilidad de instalar lógicas de trabajo que colaboren en la valorización y re significación del trabajo de cuidados, así como contribuir a fomentar la participación de los varones en el mismo. En este sentido y a los efectos de que la corresponsabilidad incluya una perspectiva de derechos y género en los cuidados, es fundamental que el trabajo de cuidados y su institucionalización vele por al menos cuatro aspectos básicos:

a) quesea un trabajo con valor social

b) que no reproduzca la división sexual del trabajo que coloca a las mujeres en lugares desventajosos en cuanto a la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía social en relación a los varones

c) generar condiciones de trabajo dignas y que propendan a la profesionalización de la tarea (lo que implicaría dotarla de una mayor remuneración). Para ello es preciso sean reconocidos los elevados niveles de cualificación asociados a la tarea y se dote al sector de condiciones laborales acordes a esa calificación

d) universalizar los servicios procurando reducir las tensiones que los cuidados generan entre las mujeres de todas las clases sociales, diversas según cada nivel y que no afectan a sus pares varones.

En sintonía con lo que plantea Torns (2008), en el caso del SNIC y en particular del Programa AP, dadas las características y las condiciones de trabajo de las Asistentes Personales, el Estado se encuentra más cerca de estar reproduciendo un "*familismo*

implícito", reforzando la producción de roles de género presentes en la clásica división sexual del trabajo.

Hasta aquí es posible concluir que cuando las personas no están siendo atendidas por el SNIS, los instrumentos de política, prestaciones y servicios de cuidado son escasos y su acceso está fuertemente fragmentado por el poder adquisitivo de las personas, por la pertenencia a un tramo de edad determinado y por mostrar cierto nivel de dependencia. Además, la "integralidad" del SNIC es relativa en la medida que la interconexión con el SNIS y otros ámbitos estatales de relevancia para el cuidado de personas con dependencia como INMAYORES, PRONADIS, entre otros es escasa, o al menos no es explícita en los programas revisados. Este es el contexto en el que se desarrollan las estrategias de cuidado en salud que analizaremos a continuación.

4.2. Estrategias desarrolladas por los hogares y las personas para el cuidado en salud en Uruguay: elementos materiales y económicos.

Los cuidados profesionales en salud -aquellos que proporciona el sistema sanitario-, son una pequeña parte de los cuidados en general. La atención primaria en salud (cuidados en salud) tiene a las mujeres como principales proveedoras y su centralidad radica en los hogares. Las mujeres son las que se hacen cargo de la alimentación, fijar las pautas de higiene, mantener el control sobre el hábitat, entre otras prácticas cotidianas naturalizadas e invisibilizadas (Aguirre, 2009, Batthyány, 2015).

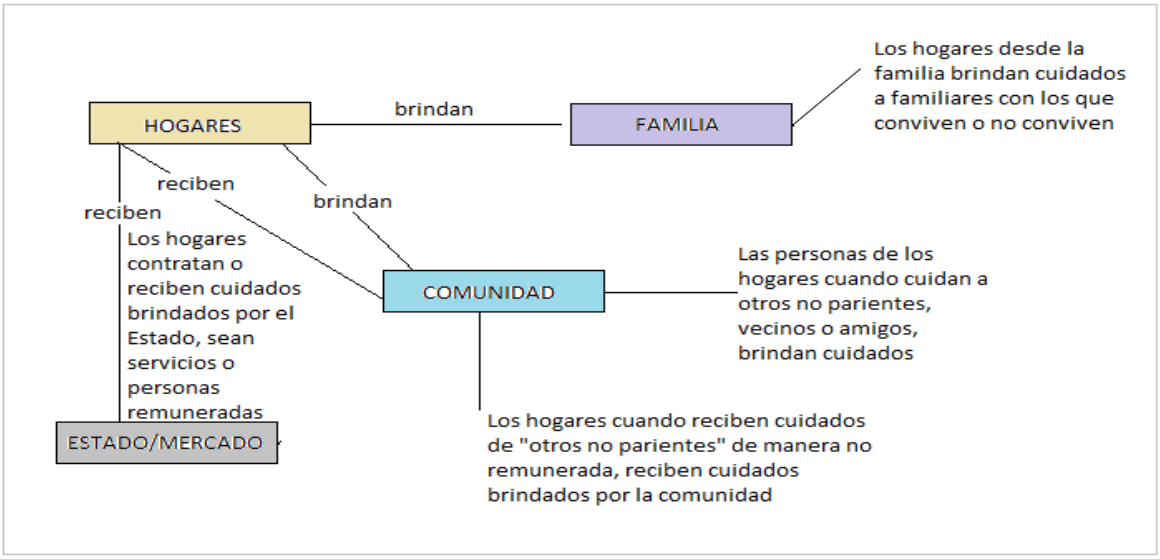
Los cuidados en salud (distintos de los cuidados profesionales en salud) que resultan indispensables para la supervivencia de enfermos agudos y crónicos, serán estudiados en el desarrollo y caracterización de las estrategias de cuidado en salud de los hogares y personas en Uruguay en base a los datos de la ENCNRS (2013). Para el análisis es necesario tener en cuenta el contexto descrito en la parte 4.1 de este apartado.

4.2.1 Tipos de actores, presentes en las estrategias de cuidado en salud, participación y tiempo de cuidados.

En el marco teórico se destacó que los Estados de bienestar social se basan en la producción de bienes y servicios de al menos cuatro actores: Estado, mercado, comunidad y familias (Esping Andersen, 2000; Adelantado Et al., 1989). Sin embargo, los límites entre los actores son porosos. Por ejemplo, los hogares pueden ser receptores (recibir cuidados) o prestadores (brindar cuidados) hacia familiares, así como pueden considerarse del sector comunidad cuando brindan cuidados a amigos, vecinos u otros no

parientes, con los que se convive o no[22]. Los hogares, también son consumidores de servicios del mercado para desarrollar estrategias de cuidado en salud, ya sea contratando a una persona remunerada que trabaje en el hogar, o servicios como centros de larga estadía, centros de día, centros infantiles donde se realicen tareas de cuidado en salud específicas, o servicios de acompañantes y pueden recibir prestaciones del Estado para el cuidado. Dentro de los distintos actores que pueden participar en las estrategias de cuidados, a través de la ENCNRS es posible conocer la participación de las familias, la comunidad y el mercado o el Estado sin poder distinguir entre estos últimos dos, cuáles son los que proveen servicios, aunque, como se ha mostrado, los estatales son tan marginales que se puede presuponer que los aportes que aparecen como "Estado o mercado" son mayoritariamente aportes del mercado.

Figura 1. Representación del vínculo entre los sectores y los hogares, para el análisis de los datos de la ECNRS.



Fuente: elaboración propia.

Para conocer las estrategias en salud que desarrollan los y las uruguayas, a continuación, se analizará brevemente la participación de cada uno de los mismos en las estrategias de cuidado en salud

[22] La Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud no permite conocer la relación de parentesco de las personas que no pertenecen a los hogares, pero que brindan cuidados no remunerados a los mismos. Solo a los efectos analíticos fueron catalogados como parte de la comunidad, aunque se admite que pueden ser familiares, lo que subestimaría la participación de la familia como sector que brinda cuidados a los hogares para el cuidado no remunerado en salud, o, en el caso de ser considerado familia, sobreestimaría la cifra. De todos modos, se analizarán separadamente, cuando los hogares como parte de la comunidad brindan cuidados no remunerados a personas no parientes con las que conviven o no, y cuando reciben de personas con las que no conviven que brindan al hogar cuidados no remunerados en salud (sin saber si se tiene con ellas o no una relación de parentesco).

4.2.1.1 Familia

El tipo de cuidado familiar es el más preponderante en las estrategias de los hogares para hacer frente al cuidado en salud. De hecho, del total de los hogares, 92,5%[23] cuenta con la participación de familiares para el cuidado de otros familiares enfermos, ya sea que se conviva con ellos o no. Cuando se considera el tiempo semanal promedio aportado de familiares a familiares, se constata que la cantidad asciende a 66 horas por semana, el mayor aporte en carga de trabajo con relación a los otros sectores que participan del cuidado.

Dentro del cuidado familiar, el más frecuente es aquel que se brinda a familiares con los que se cohabita. Esto se constata en 54,9% de los hogares en donde se realizan cuidados en salud y se dedica un promedio de 76 horas semanales a cuidar de enfermos crónicos o agudos con los que convive.

La mayor carga de trabajo no remunerado corresponde a cuidados de familiares brindados a otros familiares con los que se convive, lo que reafirma que el cuidado familiar es el más frecuente y el que más trabajo cuesta a las cuidadoras.

El hecho de que se trate de casi 11 horas diarias tiene que ver con tres cuestiones básicas: la intensidad del cuidado ante las enfermedades, el hecho de que cuando se cohabita se está completamente "a disposición" de las personas enfermas y los problemas de superposición de tareas a la hora de estimar horas, comunes a las EUTs con lista de actividades (Delfino, 2007).

Cuando el cuidado está dirigido a familiares con los que no se convive no solo disminuye la proporción de los hogares (38,8%) que brindan cuidados, sino que también se reduce en 26 horas semanales promedio el tiempo dedicado al cuidado no remunerado en salud.

Si bien la carga de cuidados en salud disminuye cuando el mismo se dirige a personas familiares de otros hogares, la misma es alta si se tiene en cuenta el cuidado en general. Esto reafirma la idea de que el cuidado en salud tiene una exigencia mayor en relación a otros tipos de cuidados (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015).

[23] El porcentaje restante responde a aquellos hogares que realizan cuidados no remunerados en salud para personas no familiares con las que se conviva o no, que han sido caracterizados como cuidados que los hogares brindan como parte de la comunidad.

Tabla 5. Tasa de participación y tiempo promedio aportado por las familias a los cuidados en salud no remunerados. Total país, 2013.

	Tasa de participación	Tiempo promedio
De familiar, a familiar con el que convive	54,9	76
De familiar a familiar con el que no convive	38,8	50
Cuidado en salud. Familia	92,5	66

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

En general, se podría decir que casi todos los hogares donde se realiza cuidado no remunerado en salud se llevan a cabo cuidados familiares dirigidos a personas con las que se convive o no. Este aspecto se relaciona con la escasa y restringida oferta de servicios y prestaciones para el cuidado en salud, públicas y de acceso universal y también con el familismo que a nivel de mandatos de cuidado y de género está presente en las representaciones sociales de los uruguayos.

Dicho familismo refiere al planteo por parte de la población de que la mejor opción para el cuidado de las personas dependientes en general es el cuidado familiar, que se expresa con tintes de obligatoriedad en las mujeres, mientras que en el caso de los varones se los conmina a proveer económicamente y garantizar que el cuidado pueda ser realizado, pero no a brindarlo de mano propia (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013).

En las familias, hogares o cualquier agregado, tal y como constantemente es señalado por la teoría feminista, se invisibilizan o encubren las relaciones que suceden dentro de los mismos, que pueden ser asimétricas y de poder. Esto lleva a la pregunta acerca de quiénes son las personas que realizan las tareas de cuidado dentro de las familias y qué tiempo dedican al cuidado, a la que intentamos dar respuesta a continuación.

4.2.1.1.1 Caracterización de la población cuidadora no remunerada en salud en dos mundos del cuidado: el infantil (mayor presencia de enfermedades agudas) y el de las personas mayores (mayor presencia de enfermedades crónicas)

Dentro de los cuidados en salud, en el cuidado no remunerado en salud, se observa una feminización de la población cuidadora (74,4% son mujeres) que también es clara en el cuidado remunerado. Como se observaba en la tabla 3, 95% de las cuidadoras remuneradas en salud son mujeres. La presencia de las mujeres como cuidadoras no es exclusiva en el caso de los cuidados en salud sino que se observa la misma situación en

los cuidados generales. La Encuesta de Uso del Tiempo (2013) muestra que del total de cuidadores en sentido amplio, el 70,8% son mujeres y 69% cuando se consideran a los cuidados no remunerados en salud captados por dicha encuesta. Es decir que con pequeñas variaciones según la fuente de datos, de cada 10 personas que cuidan de manera no remunerada 7 son mujeres.

Tabla 6. Porcentaje de cuidadores no remunerados en salud según sexo. Total país, Uruguay.

	Mujeres	Varones	Total
Cuidados No Remunerados en Salud (en sus hogares) EUT 2013	70,8	29,2	100
Cuidados No Remunerados en Salud (en sus hogares y otros hogares)- EUT 2013	69	31	100
Cuidados No Remunerados en Salud (en sus hogares y otros hogares) CNRS 2013*	74,4	25,6	100

Fuente: Batthyány, Genta y Perrotta (2015) y elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) y Encuesta de Uso del Tiempo (INE-FCS-INMUJERES).

*La relación entre ser cuidador y el sexo de la persona es estadísticamente significativa, según informa el Chi Cuadrado 84144, gl 1, Sig ,000

Entre las posibles interpretaciones al fenómeno de la feminización del cuidado, la teoría de género indica que la actual división sexual del trabajo se basa en (y reproduce) que las mujeres sean socializadas para realizar tareas de cuidado, mientras que a los varones no se los impulsa a generar identidades de cuidadores. Tomando como excusa el mencionado apuntalamiento en la diferencia biológica (las mujeres pueden engendrar, parir, amamantar mientras que los varones no) se ha naturalizado la idea de que las mujeres son más hábiles y portan mayor capacidad para realizar tareas de cuidado que los varones y se coloca a las primeras como responsables del cuidado[24] (Chodorow, 1987; Hochschild, 1983; Bock y Duden, 1985). De esta forma, la feminización del cuidado obedece a una socialización de género, que mantiene relaciones asimétricas entre varones y mujeres

[24] Desde el psicoanálisis y la sociología de género, Nancy Chodorow (1978) ha elaborado la idea de que, en el proceso de gestación del psiquismo, las identificaciones de género son anteriores a la comprensión del sexo biológico. En este sentido, como la gran mayoría de las personas han sido criadas y cuidadas por una mujer (madre) existe una identificación de género primaria que es femenina y relacionada al afecto el cuidado, la intimidad y la dependencia. Esto hace que los varones, en su crecimiento tengan que apartarse y separarse oponiéndose a esas identificaciones puesto que significan una amenaza para su masculinidad. Sin embargo, las mujeres no necesitan romper de manera tajante con estas identificaciones primarias. Así, ellas generen un sentido de "sí misma" *en relación* con la madre y con los otros mientras que los varones experimentan una necesidad de diferenciación con sus madres, que se canaliza a través de la diferenciación del terreno del cuidado y de lo afectivo. Por lo tanto, crean un "sí mismo" que no está en relación y conexión. Así se explican algunas de las diferencias por las cuales las mujeres se sienten conectadas de modo "intuitivo" con otros y puede experimentar empatía e implicarse o depender de los vínculos, mientras que los varones afirman su independencia oponiéndose a la relación, la empatía o la conexión y experimentando ansiedad ante una situación intima si la misma promueve dependencia (Chodorow, 1978).

cuando se analizan las limitaciones del ejercicio de estos roles en relación a la autonomía y el ejercicio de derechos ciudadanos.

Además, el trabajo de cuidados no solo establece desigualdades de género sino que reproduce la estratificación socioeconómica que afecta a las personas en general, y haciendo que las mujeres pobres sean las que realizan en mayor medida trabajo de cuidados. Esto se visualiza cuando se observa el porcentaje de personas que realizan cuidados no remunerados en salud captado por la EUT (2013).

En la tabla 7 a continuación, es posible visualizar que el porcentaje de personas más vulneradas socioeconómicamente que brinda cuidados no remunerados en salud en su hogar es el doble del porcentaje de personas que integran los sectores en mejor situación socioeconómica. Algo similar se observa para las personas que cuidan de manera no remunerada a personas de sus hogares y de otros hogares.

Esto implica la presencia de desigualdades sociales intersectadas y sinérgicas: se trata de las desigualdades de género y de clase que hacen que sean las mujeres pobres las que realizan mayor trabajo no remunerado de cuidados y por tanto vean limitado su desarrollo en el ámbito laboral, estudiantil o en relación a otros proyectos.

Tabla 7. Porcentaje cuidadores no remunerados en salud (en sus hogares y otros hogares) por quintiles de ingresos personales. Total país, Uruguay. EUT, 2013

	CNRS - EUT (hogares)	CNRS - EUT (hogares y otros hogares)	CNRS -MUJERES- EUT (hogares y otros hogares)
Primero	28,8	26,5	29,2
Segundo	23,5	24,6	28,3
Tercero	19,3	16,9	15,2
Cuarto	13,9	15,9	13,6
Quinto	14,5	16,1	13,6
Total	100	100	100
Brecha primero/quinto	14,2	10,4	15,6
Brecha base quinto (100%)	202,2	164,5	214,8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Uso del Tiempo (INE-FCS-INMUJERES). *El nº de varones por celda no permite hacer cálculos, debido a que es menor a 30 en todas las categorías

Por otra parte, en cuanto a la edad se ha encontrado un predominio de cuidadores de edades medianas y más (46 años y más), tanto para el cuidado en salud no remunerado como para el cuidado en salud remunerado (personas que se emplean en el cuidado de

enfermos a domicilio). Respectivamente, la mayoría (61,7% y 63,9%) son personas mayores de 45 años (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014).

Sin embargo, en el caso de los cuidadores no remunerados, se han encontrado diferencias en función del tipo de enfermedad a la que se dirige el cuidado. Se ha observado que los cuidadores de niños/as (que presentan mayoritariamente enfermedades agudas) son proporcionalmente más jóvenes que los cuidadores de enfermos crónicos (son mayoritariamente personas mayores de 45 años o más).

Respecto a los cuidadores de niños/as con enfermedades agudas, los antecedentes muestran que las abuelas son importantes fuentes de cuidado ante hechos excepcionales como las enfermedades (Tobío, 2002, Batthyány, Genta y Scavino, 2017). La participación y el tiempo promedio dedicado para el cuidado de personas con enfermedades agudas por tramos de edad de las personas cuidadoras muestra que la mayoría (58,5%) de los cuidadores de personas con enfermedades agudas son menores de 44 años.

Tabla 8. Tasa de participación y tiempo promedio dedicado por varones y mujeres al cuidado no remunerado en salud de enfermos agudos por tramo de edad. Total país, 2013.

	Varones		Mujeres		Total	
	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio
Hasta 44 años	59,9*	36	57,9	56	58,5	50
De 45 años y más	29,6*	43	38	57	36,1	55
Total	46,2	38	47,3	57	47	52

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *Menor a 30 casos por celda

Por el contrario, en el caso de los enfermos crónicos (que son mayoritariamente personas mayores), la mayor parte (55,5%) de los cuidadores tiene edades mayores a 44 años. Las mujeres de 45 años y más tienen una tasa de participación mayor que las más jóvenes y dedican un promedio de 56 horas semanales al cuidado no remunerado en salud.

Los casos de cuidadores varones no permiten sacar conclusiones, pero la tendencia muestra que del total de cuidadores varones la participación en el cuidado de enfermedades crónicas es alta cuando son más viejos, y que la cantidad de horas promedio es similar a la aportada por las mujeres cuidadoras de 45 años y más.

Tabla 9. Tasa de participación y tiempo promedio dedicado por varones y mujeres al cuidado no remunerado en salud de enfermos crónicos por tramo de edad. Total país, 2013.

	Varones		Mujeres		Total	
	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio
Hasta 44 años	20,6*	38	35,6	62	31,3	57
De 45 años y más	60,4*	55	54,1	56	55,5	56
Total	38,6	50	45,5	58	43,7	57

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *Menor a 30 casos por celda

Para el caso de las personas mayores, la correlación entre presencia de enfermedades crónicas y aumento de la edad de las personas coloca al cuidado de enfermos crónicos como un ámbito vinculado a los estudios de vejez y envejecimiento. Como se ha mencionado, el trabajo de cuidados no es concebido por la sociedad de la misma manera para el caso de los niños/as que para el caso de las personas mayores con dependencia. Particularmente si se trata de situaciones de dependencia crónica en donde las cuidadoras lidian con el manejo de un conjunto de situaciones que son representadas como "*físicamente repugnantes o simbólicamente degradantes y humillantes (como aquellas que implican, justamente, trabajar el cuerpo, la intimidad, la locura, la muerte*)" (Borgeaud-Garciandía, 2016: 2).

Este tipo de cuidado supone una carga de tiempo de trabajo elevada, permanente y constante que genera situaciones de ansiedad en las cuidadoras, que han de enfrentarse con los afectos, el manejo del cuerpo del otro enfermo, envejecido, con sus fluidos y deshechos, así como con las diversas y rebuscadas condiciones de la demencia. En este contexto, el contacto con la muerte, asociada a la vejez, genera una fuente de desestimulo que no se encuentra presente en las representaciones del cuidado infantil, incluso cuando se trata de niños/as con enfermedades crónicas o agudas. Según indican los antecedentes, los cuidadores de personas con enfermedades de larga duración terminan por escindir las "emociones" y el trabajo, manifestándose mucho más como un trabajo con costos, que como un estado emocional en el discurso de las cuidadoras (Moreno, Et al, 2016).

En el caso de los cuidadores no remunerados de enfermos cónicos podría presuponerse que también existe dicha distinción entre trabajo y afecto, aunque la obligatoriedad de "amor" familiar podría generar disonancias entre los sentimientos negativos por tener que

hacerse cargo del trabajo de cuidados y los mandatos de "amor" incondicional por el hecho de que se trate de un familiar enfermo.

En cuanto al cuidado de enfermos crónicos, la tasa de participación de las mujeres es de 45,5%, dedicando 58 horas semanales en promedio al mismo. En este caso, los varones se involucran menos (38,6% de los cuidadores varones cuida a enfermos crónicos) y lo hace 8 horas semanales menos que las mujeres. Cuando se trata de enfermedades crónicas, los varones dedican más tiempo que el que dedican ante enfermedades agudas.

Tabla 10. Tasa de participación y tiempo promedio dedicado al cuidado de enfermos crónicos y agudos por sexo de las personas cuidadoras. Total país, 2013.

	Mujer		Varón		Brechas M/V	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Enfermos Agudos	47,3	57	46,2	38	1,1	19
Enfermos Crónicos	45,5	58	38,6	50	6,8	8

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

La mayor dedicación al cuidado de enfermos crónicos por parte de las mujeres implica que sean ellas las que mayoritariamente se enfrenten a la realización de un trabajo duro, sin valor social, que implica el manejo de situaciones en la intimidad, de la propia salud y de las emociones, estresante y angustiante según indican los antecedentes (Borgeaud-Garciandía, 2016; Moreno, 2016; García Calvente; 2004).

El trabajo de cuidados a enfermos crónicos requiere trabajo cotidiano, regular y repetitivo lo cual hace que implique la realización de tareas que han sido caracterizadas como "trabajo sucio" de cuidado: tareas como hacer sanaciones diarias, higienizar y cargar los cuerpos de las personas enfermas, acondicionar el ambiente, cocinar alimentos adecuados, entre otras. Más adelante se presentará el tipo de tareas que se realizan según el sexo de las personas cuidadoras, en donde aparece una división cualitativa de las tareas realizadas.

En cuanto al cuidado de enfermos agudos, es posible visualizar que la tasa de participación de las mujeres (47,3%) es similar a la de los varones (46,2%) aunque se encuentran grandes brechas de género en el tiempo que se dedica al mismo. Las mujeres dedican 57 horas semanales promedio, 19 más que las dedicadas por varones. Es posible considerar que dedicando 8 horas promedio por día exclusivamente al cuidado de

personas enfermas agudas, el margen de tiempo para realizar otras actividades como trabajar, estudiar, tener tiempo de descanso y personal y de ocio es casi nulo.

Así los datos permiten pensar en dos mundos del cuidado no remunerado en salud: el de cuidados de enfermos agudos, que es realizado mayoritariamente por cuidadores de 44 años o menos, probablemente dirigido a los/as niños/as enfermos, y el de cuidados de enfermos crónicos, mayoritariamente presente en la población de personas mayores y trabajo de cuidado realizado por personas de 45 años y con una tendencia particular a la incorporación de los varones mayores en cuanto a participación y tiempo semanal dedicado al cuidado en salud no remunerado.

4.2.1.1.2 Tiempos de cuidado en salud como indicador de la carga de cuidados de mujeres y varones.

El tiempo que se dedica al trabajo de cuidados no remunerados en salud evidencia una demanda mayor en relación a los requerimientos del cuidado en sentido amplio, tal como se muestra en la tabla a continuación donde el tiempo que las mujeres dedican al cuidado en general es de 35 horas y al cuidado no remunerado en salud de 57, mientras que los varones dedican respectivamente 24 y 46 horas semanales promedio.

Tabla 11. Promedio semanal de tiempo de cuidados en EUT y ENCNRS 2013.

	Varones	Mujeres
ENCNRS	46	57
EUT (Total de los cuidados)	24	35

Fuente: reelaboración en base a Batthyány, Genta y Perrotta (2014). *En el caso de la ENCNRS se toma en consideración a varones y mujeres menores de 60 años.

Tal como se ha expuesto en el Marco Metodológico, se han estimado dos modelos de regresión lineal[25] para comprender qué variables están asociadas a la varianza del logaritmo de las horas de CNRS que varones y mujeres realizan. Entre los diversos factores que contribuyen a explicar el tiempo dedicado por los cuidadores no remunerados en salud se ven algunas diferencias entre varones y mujeres. Para los primeros, un factor que aparece como significativo en explicar la varianza de las horas de trabajo no remunerado es la edad. A mayor edad, aumentan las horas que se dedican al cuidado.

[25] Ver resúmenes de modelos de regresión lineal sobre los logaritmos del tiempo que dedican varones y mujeres al cuidado en las tablas 3 y 4.

Batthyány, Genta y Perrotta (2014:22) habían mostrado que los varones con mayores cargas de trabajo no remunerados de cuidado en salud eran mayores de 66 años, quienes son frecuentemente "inactivos" y cuidan a sus esposas enfermas crónicas, con quienes constituyen hogares de tipo "pareja sola (sin hijos)". Se trata de un grupo específico de varones que se dedica al cuidado de sus parejas, trabajo en el cual invierten una gran cantidad de tiempo semanal. Es importante destacar que en los varones la edad es el único factor significativo en explicar una mayor dedicación de tiempo, lo cual muestra que para ellos no hay una "obligatoriedad" moral del cuidado siempre, sino que cuidan solo cuando no existe otra alternativa. Este proceso se da particularmente durante la vejez.

Por otra parte, dentro de los factores significativos en explicar la varianza del tiempo de cuidados en salud no remunerado que realizan las mujeres, aparecen como variables importantes el nivel educativo (los niveles educativos más altos generan una disminución en el tiempo que se dedica al cuidado) y si la persona es un pariente que vive fuera del hogar (en este caso también se presenta un signo negativo que indica que cuando la persona no es familiar, el tiempo dedicado al cuidado no remunerado en salud es menor).

Investigaciones como la de Moreno (2015) en donde analiza las diferencias en los discursos de cuidadoras y cuidadores de enfermos crónicos, se muestra como las mujeres tienen interiorizadas la "obligación moral" de los cuidados, lo que puede implicar perder su trabajo para dedicarse a cuidar. La misma se refleja en que en los discursos de las mujeres cuidadoras, asumir el cuidado de sus esposos con enfermedades crónicas es algo naturalizado, y que implica retirarse del mercado laboral (Moreno, 2015).

Este tipo de estrategia de cuidado que implica la exclusión completa del mercado laboral para la realización de trabajo de cuidado fue llamada estrategia "extrema" por Tobío (2002) que estudió los distintos tipos de estrategias de cuidado que desarrollan las mujeres: reducir sus horas de trabajo en el mercado laboral, cambiar de empleos con horarios rígidos a empleos más flexibles o renunciar a su trabajo remunerado que es la más resistida de las opciones.

En relación a la participación en el mercado laboral por parte de las personas cuidadoras no remuneradas en salud, los datos de la ENCNRS a través de su análisis en modelos de regresión lineal han mostrado que el hecho de trabajar de manera remunerada o no, no es estadísticamente significativo en la explicación de la varianza del tiempo de CNRS. Probablemente, esto se vincule a la doble carga laboral de las mujeres, aunque de todos

modos es de destacar que el sentido del coeficiente indica que las mujeres que trabajan en el mercado laboral dedican menos tiempo al cuidado no remunerado en salud que las que no.

Para los varones cuidar de sus parejas enfermas crónicas es una novedad, una sorpresa y una circunstancia de la vida para la que necesitan auto convencerse de que tienen que responsabilizarse. Esto se expresa en los discursos de los varones quienes destacan que su vida cambia de manera radical cuando tienen que hacerse cargo de sus esposas enfermas crónicas, ya que no tienen otra opción que asumir de mano propia el cuidado. Su hogar, se convierte en una "cárcel" para ellos (Moreno, 2015: 164).

Esto pone en evidencia que mientas que las mujeres tienen naturalizado el "deber ser" de cuidadoras, cuando los varones se ven ante la situación de tener que cuidar, por ejemplo a sus parejas enfermas, la situación de cuidados es identificada por ellos como algo ajeno, como un costo que implica un encarcelamiento en el hogar, lo que pone en evidencia que mientras que para las mujeres se trata solo de una situación de cuidado más (trabajo al que se dedicaron toda su vida de manera naturalizada) para los varones irrumpe como una tarea imprevista e indeseada.

Los resultados de la ENCNRS muestran que los varones que se dedican al cuidado pertenecen a niveles socioeconómicos medios y altos, donde se registra una mayor participación de los varones en el cuidado en salud no remunerado, también es donde las mujeres dedican menos tiempo de cuidado no remunerado, cuando se controla por un conjunto de variables.

4.2.1.1.3 Costos del cuidado y autopercepción de cambios en la vida cotidiana de mujeres y varones cuidadores no remunerados en salud.

La realización de tareas de cuidado no remunerado presenta costos que impactan en la autonomía de las personas cuidadoras. Dentro de los costos que pagan las mujeres por realizar trabajo de cuidados y doméstico no pago y con escasa valoración social se pueden señalar la dificultad de acceso a ingresos propios presentes (ausencia o disminución de la participación en el mercado laboral) y futuros (bajas jubilaciones y pensiones en la vejez debido a sus trayectorias laborales pasadas); dificultad de acceso a derechos sociales que son canalizados a través del trabajo remunerado; desvinculación del sistema educativo; malas condiciones de salud física y psíquica (cuando se realizan tareas de cuidado, particularmente a enfermos), carencia de tiempo libre y de descanso, entre otros (García Calvente, M, Mateo-Rodriguez, Maroto Navarro: 2004; SEDESOL, 2010).

En el análisis de los cuidados no remunerados en salud Batthyány, Genta y Perrotta (2015b) muestra cómo las cuidadoras de menores ingresos acceden en una pequeña proporción al mercado laboral. Esto puede ser interpretado dentro de un círculo de restricciones vinculadas a la pobreza: escasa participación del mercado laboral, niveles educativos bajos, trabajo de cuidados por mayor presencia de personas dependientes en relación a los hogares no pobres, subjetivación de mandatos tradicionales de género, maternidad como fuente de estatus social, entre otros factores como el costo de oportunidad del cuidado en relación al trabajo remunerado.

Respecto a la relación entre cuidadores no remunerados en salud y la participación en el mercado laboral, nótese que la mayoría participa del mismo (65,4%) pero el porcentaje de mujeres que no lo hace es 14% mayor que los varones.

Tabla 12. Porcentaje de personas que cuidan por condición de actividad. Total país, 2013.

	Varones	Mujeres	Total
Desempeña una actividad laboral	75,8	61,8	65,4
No desempeña una actividad laboral	24,2	38,2	34,6
Total	100	100	100

Fuente: reelaboración en base a Batthyány, Genta y Perrotta (2015).

Si bien en general las mujeres participan menos que los varones en el mercado laboral, las restricciones en la participación están frecuentemente asociadas a las tareas de cuidados por las cuales se responsabilizan de manera más frecuente las mujeres. Así, el ámbito de los cuidados entra en conflicto con el ámbito del trabajo remunerado, generando limitaciones para la realización de ambas que se presentan específicamente como dificultades y restricciones para las mujeres (SEDESOL, 2010 y Tobío, 2002). Este problema ha generado una vasta producción de trabajos que abordan la *"conciliación trabajo-familia"* y que han acompañado e impulsado el desarrollo de los estudios de corresponsabilidad del cuidado.

En relación a los costos percibidos por la población que realiza cuidados no remunerados en salud, las cuidadoras mujeres son las que declaran en menor medida que el cuidado no afecta en sus vidas (34%), mientras que para el 41% de los varones el cuidado no remunerado en salud brindado a otras personas no les afecta para nada sus actividades ni

las limita. Por el contrario, las mujeres tienden a declarar en mayor proporción que las tareas de cuidado no remunerado en salud afectan y modifican sus actividades diarias.

Entre aquellos cuidadores que declaran tener mucho o poco impacto en sus vidas cotidianas por la realización de CNRS, los principales recaen sobre el estudio, el trabajo remunerado o los ingresos, seguido de las redes y la recreación (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015b).

Tabla 13. Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido al cuidado no remunerado en salud por sexo del cuidador/a. Total país, 2013.

	Varones	Mujeres	Total	Diferencias M/V
Mucho	28	31	30	-3
Poco	31	35	34	-4
Nada	41	34	35	7
Total	100	100	100	

Fuente: reelaboración en base a Batthyány, Genta y Perrotta (2015).

La percepción sobre la modificación de actividades diarias entre los cuidadores de enfermos crónicos es mayor que entre los cuidadores de enfermos agudos.

A su vez, la declaración de cambios negativos en la salud personal debido al trabajo de cuidados que realizan es más frecuente entre quienes cuidan a enfermos crónicos (18,8%) que entre quienes cuidan enfermos agudos (12,2%) (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015b: 26 y 27).Este aspecto se vincula con las implicancias de "poner el cuerpo", de trabajar desde el cuerpo, lo que puede impactar en enfermedades físicas o psicológicas en los cuidadores. Esto ha sido estudiado e identificado como el "síndrome del cuidador", que se define como un conjunto de alteraciones físicas, psíquicas, por ende, psicosomáticas que enfrentan las personas cuidadoras (Perez, 1996; Biurrun, 2003 en García Calvente, 2004).

Tabla 14. Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido al cuidado no remunerado en salud por sexo y tipo de enfermedad (crónica o aguda). Total país, 2013.

	Cuidadores de enfermos crónicos			Cuidadores de enfermos agudos		
	Mujeres	Varones	Dif. M/V	Mujeres	Varones	Total
Mucho	45	29,2*	15,8	23	32,0*	-9
Poco	31	29,4*	1,6	39,8	38,3*	1,6
Nada	24	41,4*	-17,4	37,2	29,7*	7,5
Total	100	100		100	100	

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *Menor a 30 casos por celda

A esto se puede agregar que la percepción de modificaciones y alteraciones en la vida cotidiana de las mujeres cuidadoras por enfermedades crónicas es mayor que la de las mujeres cuidadoras por enfermedades agudas y que la brecha de género, solo en términos de tendencia, tiene un sentido opuesto según el tipo de enfermedad.

Así, cuando hay enfermedades temporales o agudas, que son más frecuentes en los niños, a los varones parece afectarles más su rutina que a las mujeres, que quizá ya tengan incorporado a sus actividades de cuidados normales el hecho de hacer frente ante situaciones específicas por enfermedad de los/as niños/as, siendo más las mujeres que declaran que el cuidado de enfermos agudos no les afecta su vida cotidiana.

Por el contrario, en el caso de los enfermos crónicos, son las mujeres las que tienen una mayor percepción de que la vida cotidiana les ha cambiado y esto quizá se deba a que la aparición de una enfermedad crónica hace que sea la vida de las mujeres que cambie de manera estructural y duradera para hacer frente a la enfermedad. Hemos visto que existe un pequeño grupo de varones que participa de manera muy intensa en el cuidado de enfermos crónicos, pero más allá de eso, parecería que ante la aparición de un enfermo crónico cercano al que se dedican cuidados en salud no remunerado los varones ven afectada su rutina cotidiana menos que las mujeres, quienes participan más, dedican más tiempo al cuidado no remunerado en salud y pagan los costos por el mismo.

4.2.1.1.4 División sexual cualitativa del trabajo de cuidados: mujeres a cargo del "trabajo sucio".

En relación a los tipos de cuidado que se realizan, dentro de los cuidados no remunerados en salud, tanto la participación como el tiempo promedio dedicado a los mismos, varía según el sexo de los cuidadores obedeciendo a una división sexual cualitativa y cuantitativa del trabajo de cuidados, aunque siempre las mujeres tienen una mayor tasa de participación y de tiempo que se dedica al CNRS. En el único ítem en que los varones dedican más tiempo promedio que las mujeres son en la compra de medicamentos y gestiones con el sistema sanitario, tarea a la que los varones dedican 1 hora promedio más que las mujeres.

Antes de adentrarnos en las diferencias según el tipo de tareas es importante mencionar que el 55% de las mujeres encuestadas realizan trabajo de cuidados no remunerados en salud, mientras que solo el 22% de los varones lo hace, estableciéndose una brecha en la tasa de participación de más del doble entre mujeres y varones. El tiempo promedio que dedican varones y mujeres ya fue señalado en la tabla 10, y presenta una brecha de 12

horas semanales. En relación a la tasa de participación en los CNRS, la brecha de género es mayor a la observada en las tasas de participación del cuidado general en la EUT (2013). Según los datos que se desprenden de esta última, cuando se convive con personas que requieren de cuidados en general la tasa de participación de las mujeres mayores de 14 años alcanza a 80% y dedican un promedio de 22 horas semanales. En la misma circunstancia, 59% de los varones cuida y lo hace dedicando un promedio de 17 horas semanales a esa tarea. Los datos fijan una brecha de 21% entre mujeres y varones, considerando el cuidado infantil, a personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia (Batthyány, 2015).

Tabla 15. Tasa de participación y tiempo promedio dedicado a los CNRS, en hogares en donde se realizan CNRS, por sexo. Total país, 2013.

	Mujeres		Varones		Brecha M/V	
	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio	Tasa de Participación	Tiempo promedio
Cuidados específicos en salud	47	22	16	21	32	2*
Cuidados de apoyo	40	22	15	18	25	3*
Acompañamiento	45	25	18	20	27	5
Compras para la enfermedad y gestiones con el sistema de salud	28	4	12	6	17	-1*
Total CNRS	55	57	22	46	33	12*

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENCNRS, 2013. *Se trata de problemas de redondeo, la presentada es la diferencia real.

En cuanto a las diferencias según el tipo de actividades, la mayor brecha en la tasa de participación entre varones y mujeres se detecta en el componente de cuidados específicos en salud, caracterizados por ser rutinarios y requerir de producción de primera mano.

Se trata de actividades como administrar medicinas, controlar la temperatura corporal, el peso, hacer curaciones, poner cremas, desinfectar heridas, administrar inyecciones (diabetes), así como en algunos casos fomentar el desarrollo intelectual de las personas mediante ejercicios educativos especialmente diseñados para ello.

También se destaca que, 40% de las mujeres encuestadas realiza tareas de apoyo, dedicado un promedio semanal de 22 horas. Las tareas de apoyo refieren a la alimentación y preparación de alimentos para las personas enfermas, su higiene (bañar, llevar al WC, poner chata, etc.) y organizar o lavar elementos necesarios para el cuidado y el entorno de la persona enferma (lavar vajilla y cubiertos, mover muebles, acomodar camas, etc.).

Estas tareas más duras y rutinarias son realizadas por las mujeres en mayor medida tanto en el cuidado en general como en el cuidado no remunerado en salud. Esta situación

muestra una división sexual del trabajo de cuidados cualitativa, en la que es evidente el mayor involucramiento de las mujeres en las tareas inevitables, rutinarias y que requieren de la producción de primera mano, de "trabajo sucio".

Por el contrario, la mayor tasa de participación de los varones es en las tareas de acompañamiento, tareas de mayor flexibilidad, no rutinarias y que no implican producción directa (como la preparación de alimentos o el aseo del cuerpo de la persona enferma). Se trata de tareas como pasear, dar una vuelta, cine, teatro, ver tv, vigilar el sueño, jugar, leer, etc.; acompañar durante una internación; llevar al baño, o trasladar a la persona enferma, entre otras.

También, los varones dedican en promedio dos horas más semanales que las mujeres en lo que refiere a las compras de medicamentos, o sacar número para consultas, entre otras gestiones con el sistema sanitario. Nuevamente, se trata de tareas no rutinarias, vinculadas a la provisión económica (comprar medicamentos, por ejemplo) y que implican un vínculo con el sistema sanitario (como mundo "publico", en relación al hogar como mundo "privado") a través del dinero. Se trata de tareas más puntuales y de dominio instrumental y económico.

Por otra parte, cuando se observa la tasa de participación en el CNRS por tipo de tarea y si es dirigido a personas con las que se cohabita o no, se ven diferencias en la participación de mujeres y varones en el cuidado.

Tabla 16. Tasa de participación en los distintos tipos de cuidados, por sexo de las personas cuidadoras y cohabitación. Total país, 2013.

	Cuidado dirigido a personas con las que cohabita o no		Cuidado dirigido a personas con las que cohabita	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Específicos	78	22	72,9	27,1
Apoyo	75,9	24,1	71,3	28,7
Acompañamiento	74,8	25,2	69,3	30,7
Compras y otros	73,8	26,2	72	28

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENCNRS, 2013.

Por ejemplo, en los cuidados específicos dirigidos a personas con las que se cohabita o no, que son los más resistidos por los varones, se observan diferencias en el involucramiento.

Mientras que las mujeres son el 78% de las cuidadoras que realizan cuidados en salud específicos cuando se dirige a personas con las que se convive o no, esta proporción disminuye levemente cuando se trata de personas con las que se cohabita exclusivamente

en tanto se observa un aumento en la proporción de varones que realizan la tarea (de 22% a 27%).

El componente de acompañamiento también varía según a quien sea dirigido el cuidado, llegando a ser de un tercio la proporción de varones que realizan este tipo de cuidado, cuando cohabitan con las personas enfermas.

El tiempo promedio dedicado a cada uno de los componentes también varía según esté dirigido a personas con las que se convive o no. En el caso de los CNRS específicos, si bien se visualizó que la participación de los varones es mayor cuando cohabitan con las personas a las que cuidan, la brecha de tiempo promedio que dedican varones y mujeres se acentúa en detrimento del tiempo de las segundas.

Tabla 17. Horas semanales promedio dedicadas al CNRS, por tarea de cuidado, cohabitación y sexo de las personas. Total país, 2013.

	Cuidado dirigido a personas con las que cohabita o no			Cuidado dirigido a personas con las que cohabita		
	Mujeres	Varones	Brecha M/V	Mujeres	Varones	Brecha M/V
Específicos	22	21	2	26	22	4
Apoyo	22	18	3	25	16	9
Acompañamiento	25	20	5	25	18	8
Compras y otros	4	6	-1	4	6	-2

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENCNRS, 2013.

En las tareas de apoyo se intensifica aún más la carga de tiempo que dedican las mujeres cuando cohabitan con las personas a las que cuidan. Recordemos que se trata de tareas típicas de producción domésticas como limpiar el entorno, preparar comida, entre otras. Algo similar pasa con el acompañamiento, mientras que la dedicación de los varones en las tareas de compras y gestiones para las personas enfermas con las que cohabita es mayor que cuando se dirige a las personas con las que cohabita o no.

Si bien los varones participan más lo hacen dedicando menos tiempo que cuando se considera el cuidado brindado para personas con las que se convive o no, lo que resulta en una brecha de género al interior de los hogares más pronunciada y cuestiona sobre el rol de los varones y las mujeres en la "privacidad" del hogar y las desigualdades que en la misma se reproducen.

En resumen, se ha evidenciado que dentro del sector "familia" existen grandes desigualdades de género entre varones y mujeres en cuanto a la realización del trabajo de cuidados, el tiempo que se dedica y el tipo de tareas que se lleva a cabo.

Las características de la población cuidadora en las familias, así como el tiempo que se dedica a los cuidados, la percepción de los costos por la realización del trabajo de CNRS y la división sexual cualitativa de dicho trabajo son muy importantes a la hora de leer las estrategias de cuidado en salud. Cuando decimos "familias" decimos mujeres de las familias.

En el caso de los CNRS, son mujeres de los tramos etarios de entre 45 y 65 años, que presentan una carga de tiempo mayor a la registrada para los cuidados en sentido amplio. La participación y el tiempo dedicado al cuidado de enfermos crónicos y agudos están vinculado con la edad de los cuidadores y las cargas de trabajo. Las mujeres de 45 años y más son las que participan más del cuidado de enfermos crónicos, mientras que las mujeres de 44 años y menos son las que se dedican mayoritariamente al cuidado de enfermos agudos.

El costo del cuidado y la carga de la realización de un trabajo sin valor social y asociado en las representaciones a lo desagradable y vinculado a la muerte se visualizan como responsabilidades "naturales de las mujeres", mientras que los varones se mantienen como "privilegiados irresponsables" (Tronto, 1993).

En cuanto a las restricciones en la participación ciudadana por la realización del cuidado no remunerado en salud, se ha mostrado que las mujeres están menos presentes en el mercado laboral, lo cual se relaciona con el circulo vicioso de los cuidados, en el que por dedicar tiempo al cuidado se generan lógicas de exclusión laboral que afectan mayoritaria a las mujeres.

Sumado a esto, según los datos de la Encuesta de Uso del Tiempo, se ha visibilizado que existen diferencias importantes en la participación en las tareas de cuidado según quintiles de ingreso y que estas diferencias se acentúan en el caso de las mujeres.

En cuanto al tipo de tareas, existe una división sexual del trabajo cuantitativa y cualitativa, que muestra una relación con los datos obtenidos para el cuidado en general, en la cual las mujeres participan más y se dedican a las tareas más costosas, rutinarias y exigentes del cuidado; es decir responsabilizándose principalmente de la "materialidad" del trabajo de cuidado.

Si bien la participación de los varones en los distintos tipos de cuidado es mayor cuando se consideran los cuidados dirigidos a las personas con las que se cohabita, las brechas de género indican la presencia de desigualdades en el trabajo de cuidados no remunerados

en salud a la interna de los hogares que recaen en una mayor carga de trabajo para las mujeres.

4. 2.1.2 Comunidad

Otro sector presente en las estrategias de los hogares para el cuidado en salud es la comunidad. La misma puede ser entendida como un conjunto de instituciones organizadas que generan trabajo no remunerado de carácter voluntario y/o el conjunto de hogares que participa generando trabajo no remunerado que no está dirigido a sus familiares.

En este sentido, la idea de redes sociales de cuidado admite pensar en los hogares como parte de una red comunitaria que intercambia trabajo de cuidado. En cuanto al cuidado en salud, los hogares brindan cuidados a personas con las que no tienen vínculos de parentesco (amigos, vecinos) y con los que en su amplia mayoría no conviven.

También reciben cuidados de personas con las que no conviven (en este caso no sabemos si se trata de personas familiares o no), pero en este sentido también son cuidados otorgados por otros familiares o no al hogar en el marco de una red social del cuidado en la que también puede incorporarse el cuidado no remunerado brindado a familiares con los que no se convive, presentados anteriormente.

Tabla 18. Tasa de participación y tiempo promedio aportado por el sector comunidad a los cuidados en salud no remunerados. Total país, 2013.

Cuidado bridado a personas no familiares*	8,2	49
Cuidado recibido por personas (no parientes) no remuneradas*	8,9	19
Cuidado en salud Comunitario	17,1	33

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *26 y 23 hogares, casos no ponderados.

Cuando se considera el porcentaje de hogares que recibe o brinda cuidados en salud no remunerados como parte de la comunidad, se observa que 17% lo hace dedicando un promedio de 33 horas semanales al mismo. Como se anticipaba, no solo la participación es menor, sino que las horas de cuidado brindadas en el intercambio para personas no familiares es menor a las registradas en el cuidado familiar.

4.2.1.3 Estado y Mercado

Por último, como ya se ha mencionado, en los datos de la ENCNRS se desconoce la fuente de financiamiento de los servicios de cuidados remunerados (Estado y/o el Mercado), por lo cual son sectores que se presentan juntos en la provisión de servicios (centros de larga

estadía, de día, centros infantiles con dedicación al cuidado en salud específico y servicio de acompañantes y personas contratadas a domicilio).

Sin embargo, resulta relevante recordar el contexto analizado anteriormente en donde el Estado brinda escasos servicios dirigidos a la población con dependencia (recordemos que los centros de larga estadía son muy escasos en relación con la población dependiente y el programa de asistentes personales está en reciente implementación, por lo tanto, en 2013 no existía como tal), por lo que parecería razonable pensar que la mayoría de servicios relevados son provistos por el mercado.

En este sentido, la ENCNRS permite observar que del total de los hogares que desarrollan estrategias de cuidados en salud, cerca de 11% compra en el mercado (o, eventualmente recibe del Estado) servicios de instituciones o personas remuneradas para el cuidado en salud de las personas que están enfermas crónicas o agudas y a las que el sistema sanitario no atiende directamente.

El aporte en tiempo de trabajo es sustantivamente menor a aquel que es aportado por las familias, siendo 33 horas semanales promedio de cuidados en salud el monto de tiempo que los hogares pueden comprar en el mercado. Tal y como era previsible a partir de la lectura del contexto de la organización social del cuidado en salud en Uruguay, el cuidado que integra servicios de instituciones y personas está restringido a una minoría de hogares, de los cuales la mayoría (80%) pertenece a niveles socioeconómicos medios y altos.

Tabla 19. Tasa de participación y tiempo promedio aportado por el sector comunidad a los cuidados en salud no remunerados. Total país, 2013.

Cuidado recibido de parte de personas remuneradas*	4,1	27,4
Cuidados recibidos de servicios de acompañantes, centros de día, larga estadía y centros infantiles*	9,6	25,8
Cuidado en salud Estado o Mercado	10,8	33,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *14 y 29 hogares, casos no ponderados.

Por otra parte, la participación de los sectores podría estar relacionada con el tipo de enfermedad que se presenta. Mientras que el cuidado aportado por la familia para familiares con los que se convive o no es similar en cuanto a la proporción en los hogares que cuidan enfermos crónicos y los que cuidan enfermos agudos, en el caso de la comunidad y el mercado es distinto. El apoyo recibido por la comunidad tiene un mayor peso en aquellos hogares que brindan cuidados a enfermos agudos, mientras que el

mercado o el estado, tiene un mayor peso en los hogares que brindan cuidados a enfermos crónicos. En este sentido, vemos que el trabajo no remunerado voluntario se hace más presente en casos de enfermedades agudas, pero ante enfermedades crónicas los hogares recurren más a la contratación o utilización de servicios de cuidado y a personas remuneradas (como muestra la ELPS, 2013).

Tabla 20. Participación de los distintos sectores proveedores de cuidados, según tipo de enfermedad a la que se dirige el cuidado. Total país, 2013.

	El hogar brinda cuidados a enfermos crónicos	El hogar brinda cuidados a enfermos agudos
Familia	93,1	92,7
Comunidad	15,6	17,6
Reciben	7,8	9,1
Brindan	7,8	8,5
Estado o Mercado	13,4	9,2
Servicios de cuidado	11,3	8,8
Personas remuneradas	5,8	2,4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *Las desagregaciones de Comunidad y Estado o Mercado son ilustrativas, la cantidad de casos impide hacer generalizaciones.

En resumen, la familia es el actor que más participa y más tiempo aporta a los cuidados en salud, particularmente de familiares (con los que se cohabite, o no), a los que se ofrecen grandes cantidades de tiempo de trabajo no pago, otorgado por mujeres que prescinden del desarrollo de otras dimensiones de su vida como el trabajo, el ocio o el estudio tiempo para atender a las personas enfermas de la familia.

La participación de otros sectores, más allá de las familias en las estrategias de cuidado en salud, es residual y está restringida a las personas que gozan de medios económicos para costear servicios ofrecidos por el mercado.

Esto implica la presencia de importantes desigualdades de género y socioeconómicas en el ejercicio del derecho al cuidado.

Otra forma de visibilizar este fenómeno es observar la diversidad de actores en las distintas estrategias de cuidado en salud desarrolladas por los hogares y las personas en Uruguay, aspecto que se abordará a continuación.

4.2.2 Estrategias exclusivas y combinadas para el cuidado en salud.

Dentro de las distintas opciones con las que podría contarse para el cuidado en salud, y tal como se ha planteado en la contextualización, la mayoría de los hogares no cuenta con fuentes de cuidado alternativas al cuidado familiar no remunerado.

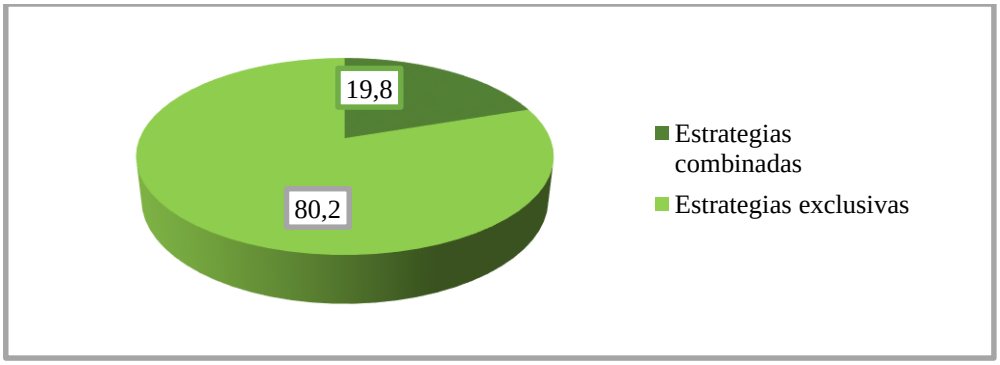
Recordando que la ECNRS buscó conocer el cuidado no remunerado de los hogares, por ende, todos los hogares brindarán cuidado no remunerado en salud, interesa aquí conocer qué hogares tienen estrategias exclusivas, es decir para las que se detecta una sola fuente de cuidados.

Se parte de la idea de que si bien no es suficiente, la cantidad de sectores presentes en la estrategia de cuidado es en sí misma un indicador de corresponsabilidad. Es decir, en una situación de equilibrio en la redistribución del trabajo de cuidados no debería haber un solo sector proveedor de cuidados, si se toma como supuesto que esto implica una carga para el sector que se esté encargando de manera unilateral del cuidado.

En este sentido, se han distinguido dos tipos de estrategias: las exclusivas que son las que se basan en un solo actor y las combinadas que cuentan con la presencia de al menos dos, para acercarnos a conocer cómo son las estrategias de cuidado en salud en Uruguay en función de la cantidad de sectores que participan en las mismas.

Un primer dato fundamental para entender las estrategias de cuidado en salud que desarrollan las personas en Uruguay es que el 80% de las estrategias se basan en la participación de uno solo de los sectores proveedores de bienestar. Es decir, que hay un claro panorama de falta de corresponsabilidad en términos macrosociales.

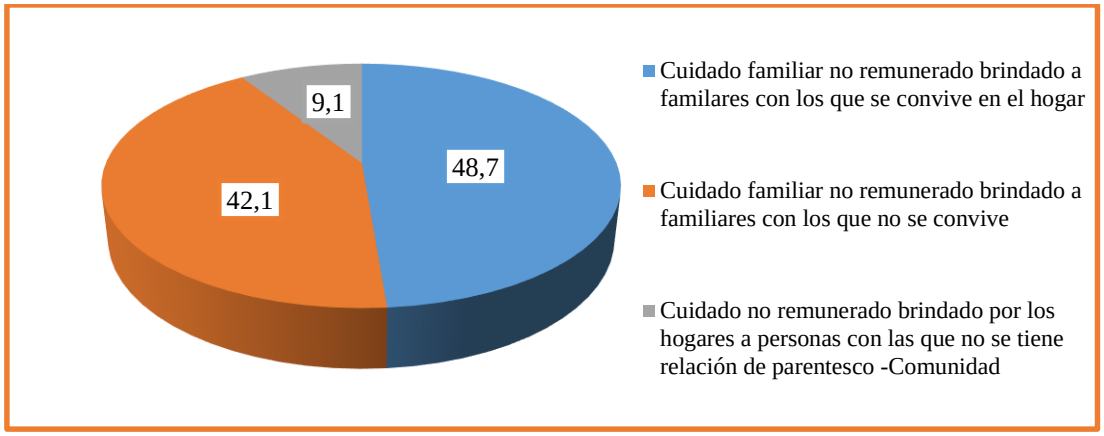
Gráfico 6. Tipo de estrategia por diversidad de fuentes de cuidado. Total país, 2013.



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Además, como es posible imaginar a partir de los datos del apartado anterior, el principal sector en las estrategias exclusivas es la familia (lo que equivale decir, las mujeres de las familias). Al respecto, en el caso de las estrategias exclusivas de cuidado en salud, se observa que cerca de la mitad (48,7%) del trabajo de cuidados en salud es trabajo que las familias brindan de manera no remunerada a otros familiares con los que convive. Un 42,1% brinda cuidados familiares no remunerados a personas a las que no convive. Es decir que el 91% de las estrategias exclusivas se basan en el cuidado que las mujeres en el marco de las familias brindan a familiares con los que conviven y con los que no conviven. El restante 9% son estrategias exclusivas que personas que realizan trabajo de cuidados no remunerados brindan a otras personas con las que conviven o no, pero con las que no tienen relaciones de parentesco. Es decir que el 9% restante se adjudica al sector comunitario, tal y como fue definido en el presente trabajo.

Gráfico 7. Tipo de estrategia exclusiva desarrollada. Total país, 2013.



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

El predomino de las estrategias exclusivas pone de manifiesto la persistente ausencia de corresponsabilidad entre sectores, a pesar de la instalación del SNIC en Uruguay. Al respecto, se puede decir que se pone de manifiesto un panorama de familismo soportado en términos de Saraceno y Kreck (2008) ya que, si bien no hay una desprotección total, la responsabilidad y los riesgos del cuidado son asumidos de manera privada por parte de las familias y de la comunidad.

De todas formas, el "soporte" del Estado (como el acceso a prestaciones de cuidado, así como a licencias por enfermedad de los familiares) está absolutamente condicionado por "probar" dependencia severa y pertenecer a un tramo etario específico (como propone el Programa de Asistentes Personales del SNIC), lo que muchas veces implica probar situaciones de vulnerabilidad socioeconómica ante el Estado. También dependen de la

fortuna de contar con una organización o institución empleadora que tenga buenas licencias para el cuidado de familiares enfermos (aunque nunca son un instrumento de política que considere las enfermedades crónicas o permanentes en el tiempo). Estos elementos muestran que sin duda la organización social del cuidado actual en Uruguay se configura de tal forma que las personas asumen de manera individual los costos del cuidado a personas enfermas.

Además, cómo se demostró en base a las ENCNRS, 74% de las personas que cuidan son mujeres, y le dedican un promedio semanal de 56 horas al CNRS. Es decir, dedican más tiempo y hacen el trabajo pesado y rutinario de cuidados, además de tareas propias del trabajo médico o de enfermería (para el que no tienen preparación) como son los cuidados específicos en salud (dar vacunas, hacer curaciones, administrar medicinas entre otros).

A partir de estos datos, podría establecerse que en Uruguay el modelo cultural que es trasfondo de las estrategias de cuidado en salud es o bien tradicional o bien posmoderno según la tipología de Hochschild (op. cit.), ya que en cualquier caso las mujeres son quienes están mandatadas a hacerse cargo del trabajo de cuidados.

Así, se observa que la familia (las mujeres dentro de las mismas) son las que cumplen con todas las fases del cuidado propuestas por Tronto (op.cit.), ya que identifican las necesidades de cuidado, toman decisiones para que se pueda dar respuesta a las necesidades identificadas (en este punto los varones suelen involucrarse también), dan cuidados de manera directa.

Como se ha visto, el 80% de las estrategias son exclusivas y la amplia mayoría son familiares (91%) y las otras (9%) son trabajo no remunerado que las personas de los hogares brindan a otras personas con las que no tienen relaciones de parentesco (amigos, vecinos, otros parientes) y con quienes cohabitan o no. Esta última modalidad ha sido caracterizada como parte de la comunidad.

Que las familias sean las principales proveedoras de cuidados se vincula con una serie de riesgos importantes para el goce de los derechos de la población al cuidado, además de que se reproducen en las estrategias de cuidado en salud actuales desigualdades socioeconómicas y de género. Dentro de los riesgos involucrados en el familismo imperante se destacan:

1- se asume por parte de la política que las familias están "dispuestas" a dar cuidados, y que en las mismas hay cuidadores disponibles (no es verdad, y no debería ser un supuesto de base)

2- se asume que las mujeres de las familias resolverán cuidados muy similares a los profesionales de manera "natural", lo cual implica un riesgo para las personas cuidadas y una carga impuesta de conocimiento y manejo de los cuidados a las mujeres de las familias infundada

3- en la esfera doméstica es difícil controlar los riesgos en cuanto a la infraestructura para el cuidado en salud de las personas enfermas

4- el éxito o no en la curación brindada y administrada por el sistema sanitario depende del papel de las mujeres cuidadoras no remuneradas, lo cual pone en riesgo a las personas cuidadas y genera grandes costos en la vida de las mismas, costos que no impactan en la vida de los varones disponibles para el cuidado (son solo el 20% y el factor más asociado a que cuiden es su mayor edad).

Cuadro 7. Resumen de la participación de las Familias y la Comunidad en las estrategias de cuidado en salud, según las fases del cuidado propuestas por Tronto (1993).

	Familia	**Comunidad**
Care about (notar la existencia de necesidades)	Las personas (mujeres) de las familias identifican las necesidades de cuidado.	Se identifican necesidades de cuidado por parte de no parientes o vecinos,
Care for (tomar medidas para que se pueda encontrar una respuesta a la existencia de las necesidades identificadas)	Las mujeres de las familias brindan cuidados y asumen los costos de dedicar su tiempo a una tarea para la que, particularmente en el caso de cuidados a enfermos crónicos, no están preparadas. Los varones toman medidas en cuanto a, principalmente, la provisión económica para el cuidado.	El hecho de que se tomen mediadas es arbitrario (al igual que en las familias), pero la menor cantidad de estrategias de cuidado en salud que brinda la comunidad muestra que este tomar decisiones no tiene la carga moral que se presenta para las familias.
Care giving (dar directamente una respuesta al cuidado o cuidar directamente)	El 80% de las estrategias de cuidado en salud se basan exclusivamente en la participación de un sector, y la gran 91% de las estrategias exclusivas son familiares. Ya sea que se cohabite o no con el familiar para el que se brindan cuidados.	Un pequeño porcentaje de estrategias es comunitario, entendiéndose aquí el cuidado que las personas brindan a no familiares con los que conviven o no conviven. Pueden ser amigos muy cercanos, vecinos de toda la vida.
Care receiving (recibir cuidados).	La gran mayoría de la población recibe cuidados familiares.	Un porcentaje pequeño de personas no familiares reciben cuidados no remunerados brindados por mujeres.

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la investigación.

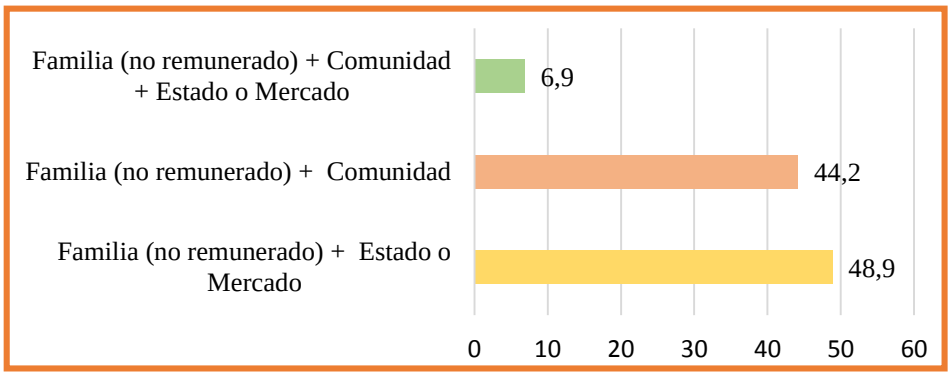
En cuanto al 20% de estrategias combinadas, se encuentran estrategias que suman a la familia servicios o personas cuidadoras remuneradas brindados por el Estado o Mercado para el cuidado en salud, así como personas que realizan trabajo no remunerado de cuidados de manera gratuita para el hogar, pero que no son parientes (reciben cuidados de la comunidad).

Del total de las estrategias combinadas, la mayoría (49%) suma al cuidado familiar no remunerado, la contratación de una persona o servicio para el cuidado en salud.

El siguiente grupo de estrategias (44,2%) se trata de cuidado no remunerado aportado por las familias y de cuidados no remunerados recibidos o brindados a otros "no parientes". Este total de estrategias combinadas habla de mujeres cuidadoras no remuneradas que cuidan de manera conjunta a personas de las que son parientes o no son. Este tipo de estrategias revela que dentro de las estrategias combinadas hay una gran parte que se trata de estrategias que solo se basan en el trabajo no remunerado de las mujeres, lo cual genera serias limitaciones en sus vidas, reproduciendo las desigualdades de género

Finalmente hay un pequeño grupo, que cuenta con más variedad de actores participando (Estado o mercado, comunidad y familia). Este tipo, que solo en términos de cobertura, es el que se acerca más al ideal de la corresponsabilidad en los cuidados, representa solo el 1.3% del total de las estrategias de cuidado en salud, lo cual es preocupante en el contexto de políticas de cuidado nacionales y pone de manifiesto la invisibilización de la vejez y de las enfermedades como causantes de dependencia severa y moderada, ya que en las estrategias de cuidado infantil, estudios antecedentes muestran una mayor variedad de servicios y personas disponibles para el cuidado que se expresan como sectores activos de las estrategias, aunque aún con problemas en la cantidad de tiempo y la segmentación de acceso en términos socioeconómicos (Batthyány, Genta y Scavino, 2017).

Gráfico 8. Tipo de estrategias combinadas. Total país 2013.



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Por otra parte, los hogares que llevan a cabo estrategias que combinan más de un actor para el cuidado en salud, son mayoritariamente de niveles socioeconómicos medios (51,8%) y altos (37,7%). Mientras que las estrategias con una sola fuente de cuidados, dirigida a una población, que hemos mostrado en su mayoría son estrategias exclusivamente familiares para el cuidado de familiares con los que se convive (48,7% de las estrategias exclusivas) o con los que no se convive (42,1%) son mayoritariamente desarrolladas por hogares de niveles socioeconómicos medios y bajos.

Tabla 21. Estrategias combinadas y exclusivas por nivel socioeconómico. Total país 2013.

	Estrategias Exclusivas	Estrategias Combinadas	Diferencia
Bajo	14,8	10,4	4,4
Medio	60,8	51,8	9,0
Alto	24,4	37,7	-13,4
Total	100	100	

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

*La relación entre estrategias y nivel socioeconómico, medido a través del INSE es estadísticamente significativa según informa el estadístico Chi Cuadrado: 7,663, Gl: 2 y Sig. 0,02.

Debido a la escasa oferta de cuidados en salud, la mercantilización de las opciones de cuidado introduce una fuente de diferenciación social que indica que aún queda camino para que los derechos de cuidado sean posibles de ser ejercidos por toda la ciudadanía uruguaya y con similares oportunidades.

Tabla 22. Estrategias combinadas y exclusivas por tipo de hogar. Total país 2013.

	Estrategias combinadas	Estrategias exclusivas	Total
Unipersonal	3,4	9,3	8,1
Pareja sin hijos	8,7	15,2	13,9
Biparental con hijos de ambos o solo de uno	41,3	40,5	40,6
Monoparentales	**7,3**	8,3	8,1
Extensos	20,1	11,9	13,5
Compuestos	19,2	14,9	15,7
Total	100	100	100

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)*La relación entre estrategias y tipo de hogar, no es estadísticamente significativa para los hogares, si para las personas según informa el estadístico Chi Cuadrado: 21,156, Gl: 5 y Sig. 0,01.

En cuanto a la distribución del tipo de estrategias según tipo de hogares casi no se presentan diferencias según el tipo de estrategias utilizadas. Los hogares compuestos suelen brindar un poco más de estrategias combinadas que exclusivas. Esto puede relacionarse con la probabilidad -más alta- de que se encuentre cuidado familiar combinado con cuidado comunitario (brindado del hogar para personas con las que no hay relación de parentesco), puesto que los hogares compuestos se definen por la integración de otro no pariente.

Las mujeres son la mayoría de las cuidadoras, y si bien no se presenta como una relación estadísticamente significativa el tipo de estrategia exclusiva o combinada y el sexo de la persona cuidadora, aparece una leve tendencia que muestra que los varones son la

mayoría de los cuidadores que integran diversas fuentes de cuidado en las estrategias, mientras que cuando las mujeres son las cuidadoras es más frecuente que haya una sola fuente de cuidado, probablemente el brindado por ellas en el marco de los hogares.

Tabla 23. Sexo de la persona cuidadora según tipo de estrategia desarrollada por el hogar. Total país 2013.

	Mujeres		Varones		Total
	%Fila	% Columna	%Fila	% Columna	% Columna
Estrategias combinadas	68,3	19,7	31,7	26,6	21,4
Estrategias Exclusivas	76,1	80,3	23,9	73,4	78,6

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *La relación entre estrategias y sexo del cuidador/a no es estadísticamente significativa.

Siendo que la mayoría de las estrategias exclusivas son cuidado familiar, se observa que hay una tendencia a la feminización del familiarismo que reafirma que los varones tienden a tercerizar el cuidado en manos de otros.

Si se consideran los datos emergentes de la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado (2011), los varones y las mujeres consideran que los varones tienen el mandato de garantizar el cuidado más no de proveerlo de mano propia. En cierta forma, la mayor participación de los varones en las estrategias combinadas muestra esta tendencia de provisión pero no de producción de cuidados.

4.2.3. Carga de trabajo de cuidados en salud aportada por los distintos sectores

Se ha mostrado anteriormente que la participación de distintos sectores en las estrategias de cuidado en salud se concentra en un pequeño sector de hogares.

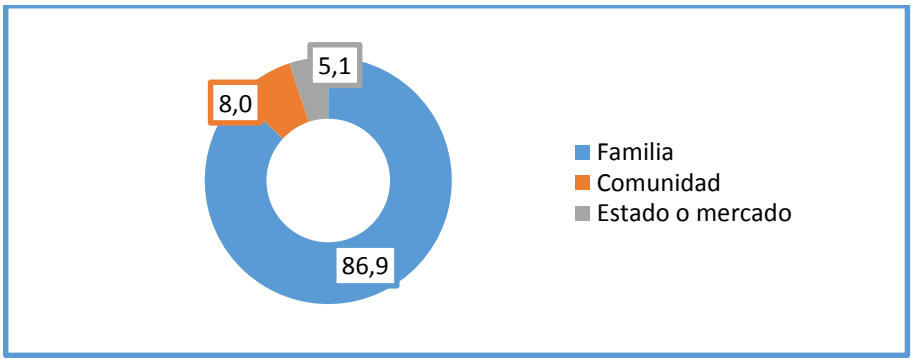
Para poder conocer no solo la participación y los tiempos promedios aportados por cada sector, se puede estimar la carga de trabajo de cuidados en salud a partir del tiempo brindado por los distintos sectores para conocer la magnitud del aporte.

Como se visualiza en el gráfico 9, del total del tiempo total que se dedica a los cuidados en salud, la familia aporta el 86,9% mientras que el restante 13,1% del tiempo es aportado por la comunidad (8%) y el Estado o el Mercado (5,1%).

Esta distribución de la carga de trabajo de cuidados en salud, presenta algunas modificaciones leves en relación a si el hogar cuida a enfermos crónicos o no, si hay

presencia de cuidadoras mujeres o cuidadores varones y un poco más acentuadas según el nivel socioeconómico de los hogares.

Gráfico 9. Carga de trabajo de cuidados en salud por sectores[26]Total país 2013.

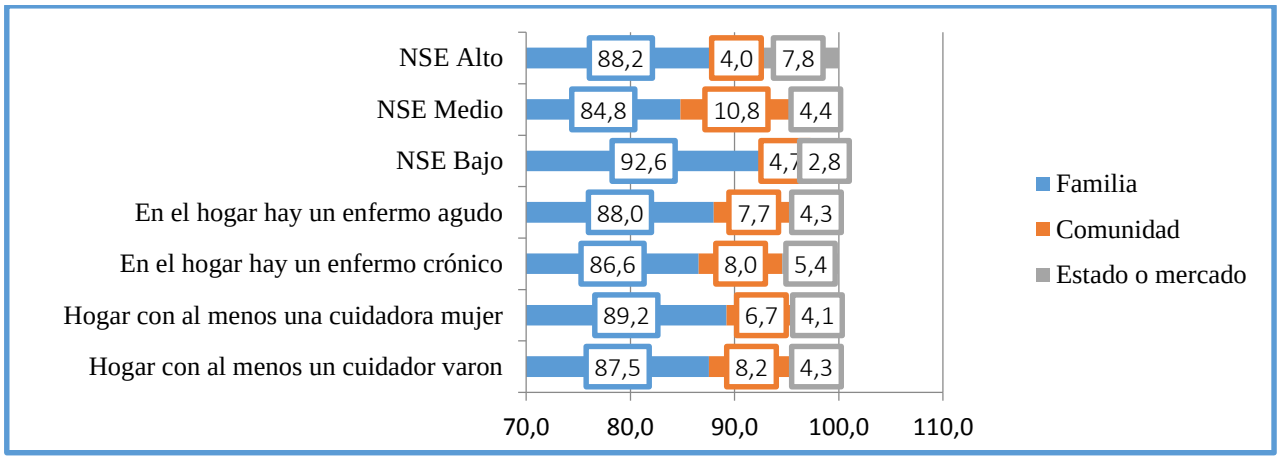


Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Cuando en los hogares hay al menos un cuidador varón, la proporción de tiempo aportada por la familia es levemente menor que cuando se consideran los hogares en los que hay presencia de cuidadoras mujeres, sin embargo el cuidado familiar es preponderante en relación a la comunidad y al estado o mercado.

Por otra parte, la presencia de enfermos crónicos, como ya ha sido planteado marca una leve tendencia al aumento de contratación de servicios y una relativa participación del Estado o mercado mayor que en los hogares con enfermedades agudas.

Gráfico 10. Carga de trabajo de cuidados en salud por sectores, según nivel socioeconómico de los hogares, presencia de enfermos crónicos o agudos y sexo de las personas cuidadoras. Total país 2013.



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Por último, la magnitud de tiempo aportado por los distintos sectores varía según en nivel socioeconómico de los hogares. Mientras la mayor parte del tiempo de cuidados es

[26] El cálculo se basa en la metodología de las Encuestas de Uso del Tiempo para la estimación de la Carga Global de Trabajo. Se considera de la sumatoria de horas totales, cual es el porcentaje aportado por cada sector.

generado por las familias de manera no remunerada en los sectores más bajos, siendo del total del tiempo aportado el 92,6% brindado por el sector familiar y con una escasa participación del estado o el mercado (2,8%) en el tiempo total de cuidado en salud, en los niveles medios hay mayor intercambio entre los hogares.

Esto permite suponer que las estrategias están basadas principalmente en el cuidado brindado por la familia y luego por las ayudas que puedan conseguir por parte de personas no remuneradas para el cuidado, a la vez que desde los hogares se brinda en mayor proporción cuidado gratuito a personas no parientes de otros hogares.

La participación del mercado o Estado a través del tiempo brindado es mayor en los niveles medios que en los bajos, pero menor que en los niveles altos, en los que si bien gran parte del tiempo de cuidado es familiar (88%) es el sector que más contrata personas y servicios para el cuidado en salud (decimos contrata porque tal como hemos presentado, las prestaciones para el cuidado en salud del estado están focalizadas en los sectores socioeconómicos bajos).

En relación al tiempo que los servicios o personas contratadas brindan de cuidado por nivel socioeconómico, se observa que el tiempo aportado por servicios es mayor entre los sectores bajos y medios, lo cual estaría mostrando que hasta ahora, las estrategias alternativas al cuidado familiar que el Estado o mercado han brindado son la institucionalización de personas enfermas en centros de día, larga estadía o brindando servicios de acompañantes.

Como se ha mencionado, la regularización de los centros de día o larga estadía estatales es incipiente y son instituciones cuyo funcionamiento presenta grandes carencias en cuanto a las condiciones de habitación, profesionales disponibles para el cuidado, actividades y paradigma desde el cuál se aborda la relación de cuidado. Los centros de larga estadía privados, en donde la atención y el servicio son de mejor calidad son inalcanzables para los sectores bajos y medios.

Por otro lado, la mayor proporción de tiempo que brindan personas contratadas en los hogares de niveles socioeconómicos más altos, no habla solo de una cultura de "personal doméstico" por la condición de clase en dichos sectores, sino que establece que el mercado ofrece más opciones de cuidado que el Estado (hasta ahora), mediante las cuales la estrategia de cuidado en salud se puede basar en la presencia de cuidado remunerado en el hogar. Sin embargo, como ya se ha visto, el trabajo de cuidados remunerado

continua siendo escasamente regulado, es altamente informal y es realizado por mujeres, de las cuales buena parte son pobres.

En este sentido, el panorama respecto al acceso a servicios y a personas que cuiden en salud de manera remunerada está altamente fragmentado por nivel socioeconómico de los hogares, y tal y como están dadas las condiciones de trabajo actuales, no solucionan los problemas de la división sexual del trabajo en el trabajo de cuidados.

Tabla 24. Proporción de tiempo aportado por personas contratadas y servicios según nivel socioeconómico. Total país, 2013.

	Bajo	Medio	Alto
Personas (familiares o no, remuneradas que trabajan a domicilio)	18,5	20	46,7
Servicios (centros de larga estadía, de día, servicio de acompañantes)	81,5	80	53,3

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

La contratación de personal doméstico para el cuidado en salud de las personas enfermas agudas o crónicas es una herramienta considerada y presente en los hogares de niveles socioeconómicos más altos, donde, en cuanto a las representaciones del cuidado se encuentran menores niveles de familismo, lo que coincide con la delegación del cuidado en manos de no familiares. En este sentido la colectivización al asumir los costos del cuidado de manera pública y la corresponsabilidad entre sectores proveedores de cuidado y entre varones y mujeres dentro de los mismos y la revalorización del trabajo de cuidado son elementos ineludibles para poder escapar a los círculos viciosos del cuidado: círculos en donde las mujeres son quienes cuidan sin escapatoria asumiendo los costos del cuidado, y en donde se reproduce la pobreza ya que son las mujeres más pobres quienes se dedican en mayor medida a realizar cuidados (tanto remunerados como no remunerados).

Como se ha mencionado, el traslado de la responsabilidad del cuidado de personas enfermas al sector "mercado", no implica una solución suficiente a los problemas de corresponsabilidad en el cuidado entre varones y mujeres, porque por lo común implica la contratación de mujeres más pobres y de mayores edades por un salario bajo, para liberar del trabajo de cuidados a otras mujeres de mayores niveles socioeconómicos.

En cuanto a las fases del cuidado propuestas por Tronto (op. cit) es posible visualizar que el mercado cumple con todas, ya que ha identificado las necesidades de cuidado, ha tomado medidas para hacer frente a las mismas, brindando de mano propia los cuidados

(responsabilizándose directamente por los mismos), pero la población que recibe cuidados se restringe a quienes pueden enfrentar los costos del mismo y responde a los intereses de fines de lucro de los empresarios del cuidado, por lo que no se visualizan como un medio para garantizar el derecho al cuidado.

El Estado, por su parte, cumple de manera irregular con las fases del cuidado. Principalmente se ha desarrollado hasta la primera (dar cuenta de las necesidades de cuidado existentes) y parcialmente ha desarrollado la segunda y la tercera (se han generado políticas, aun altamente focalizadas para dar respuesta a los cuidados). Esto implica que Uruguay se encuentra, como se ha dicho, en un panorama de familismo soportado, donde las mujeres siguen siendo la mano de obra gratuita o barata que sustenta el bienestar de la población.

Cuadro 8. Resumen de la participación del Estado y el Mercado en las estrategias de cuidado en salud, según las fases del cuidado propuestas por Tronto (1993).

	Estado	**Mercado**
Care about (notar la existencias de necesidades)	La instalación y desarrollo del SNIC sin duda obedece al hecho de que en términos públicos se ha detectado la crisis del cuidados, como existencias de necesidades de cuidados y como fuente de severas desigualdades sociales vinculadas a los sistemas de género que colocan a las mujeres como principales cuidadoras.	Identifica necesidades de cuidado
Care for (tomar medidas para que se pueda encontrar una respuesta a la existencia de las necesidades identificadas)	Se han tomado medidas para encontrar respuestas a las necesidades de cuidado como la creación de leyes que garantizan el derecho a ser cuidados, la instalación de políticas y programas de cuidados públicas que si bien son progresivas, al menos existen, en relación a un panorama anterior donde no había ninguna política de cuidado (antes de 2010)	Toma medidas aumentando la oferta de prestaciones y servicios en el tiempo.
Care giving (dar directamente una respuesta al cuidado o cuidar directamente)	Progresivamente da respuestas al cuidado, pero las mismas son aun segmentadas, arbitrarias (en el caso de las licencias) y con una perspectiva medicalista, centrada en el concepto de dependencia y no de "interdependencia" asumiendo a los cuidados como una relación social	Da directamente respuestas al cuidado, la mano de obra de la población cuidadora es altamente feminizada y el trabajo es precario, tal como se ha mostrado en base a los datos de la ECH, 2016
Care receiving (recibir cuidados).	Reciben cuidados por parte del estado una ínfima parte de la población. Se estimó cerca de un 1% de los dependientes y 4% de los dependientes severos.	Muy pocas personas, de altos niveles socioeconómicos reciben cuidados provistos por el mercado. Alta segmentación y fragmentación social en el acceso a los servicios y prestaciones de mercado. Riesgos individuales en donde las familias con mayores niveles económicos tienen oportunidades para resolver el cuidado de manera alternativa al familismo (cuidado femenino no remunerado), mientras que el resto de la población no tiene un pleno goce de sus derechos al cuidado.

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la investigación.

4.3 Valorización económica del trabajo no remunerado en salud aportado por las mujeres en el marco de los hogares[27]

Otro de los elementos de la dimensión material, además del tiempo y los actores que participan en la estrategia de cuidado en salud, es el costo económico que requiere llevar a cabo el cuidado de personas enfermas o agudas. En Uruguay los ejercicios de valorización económica del trabajo no remunerando, han mostrado que la producción de los hogares representa el 26.6 puntos porcentuales del PIB nacional en 2009 y 22 en 2013 (Salvador, 2009 y Salvador, 2015). Las medidas del bienestar representadas por el PIB, ocultan el trabajo no remunerado de los hogares como proveedores de servicios y bienes. Dotándole valor económico, se puede comparar con otros agregados macroeconómicos permitiendo conocer qué porcentaje de la producción de bienes y servicios está invisible bajo el velo del hogar y el mayoritario trabajo femenino gratuito (Salvador, 2009). En este sentido Anderson (2006) destaca que la valorización del trabajo no remunerado implica una profunda revisión de la teoría económica[28]

Para la valorización económica del tiempo de cuidados no remunerados en salud se siguió la metodología de cálculo escogida y propuesta en estudios nacionales sobre la temática que han sido desarrollados en el marco metodológico (Salvador, 2009 y Espino, et al. 2010). Si se considera el valor hora promedio imputado a las horas que dedican los cuidadores en salud que realizan su trabajo a domicilio, se puede establecer que la magnitud de trabajo de cuidados no remunerados en salud, valorizados económicamente representa un 1,8% del PIB del país.

Tabla 25. Porcentaje del Producto Interno Bruto[29] que representan los Cuidados No remunerados en Salud, según el precio promedio de los trabajadores de cuidados personales a domicilio.

Porcentaje del PIB nacional	
Remunerados (en base a la ECH 2013)	**No Remunerados (en base a la ENCNRS)**
0,098	1,88

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENCNRS 2013 y la ECH 2013 (INE)

[27] La presente sección se basa en un trabajo hecho en co-autoría con la Dra. Karina Batthyány de reciente publicación en la Revista Gerencia y Políticas de Salud de la Universidad Javeriana (Colombia).
[28] Para conocer parte de la discusión sobre los elementos positivos y negativos de la valorización del TNR se encuentra un buen resumen en Salvador, 2009.
[29] Tomado de las cifras oficiales: http://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-indicadores/Paginas/Presentacion%20Cuentas%20Nacionales.aspx

A su vez, si se estima cuál es el aporte de los cuidadores remunerados en salud a domicilio, se constata que su aporte es casi un 5% del que brindan los no remunerados, lo cual permite afirmar, que ante los servicios que puedan estar ofreciendo el Estado o el mercado para los cuidados en salud a nivel domiciliario el papel y aporte de los hogares es absolutamente preponderante. Esta afirmación se vuelve aún más robusta, cuando se observa que el aporte de los hogares que brindan cuidados no remunerados en salud sobre el agregado del sector salud es el 32% del mismo. Si se observan los trabajadores de cuidados personales a domicilio, podemos ver que en el caso de los remunerados representan el 1.7% del agregado del sector salud.

Tabla 26. Porcentaje del Agregado del Sector Salud que representan los cuidados no remunerados en salud, valorizados a partir del valor hora promedio de los trabajadores de cuidados personales a domicilio, en instituciones y ambos, Uruguay, 2013.

		Sobre el Agregado del Sector Salud del PIB
Cuidadores remunerados (ECH 2013)	Cuidadores remunerados en salud, en domicilio (5322)	1,7
	Cuidadores remunerados en salud, en instituciones (5321)	3
	Cuidadores remunerados en salud, en domicilio y en instituciones (5322+5321)	4,7
Cuidadores no remunerados (ENCNRS 2013)	Considerando el valor hora promedio de los cuidadores remunerados en domicilio (5322)	32
	Considerando el valor hora promedio de los cuidadores remunerados en instituciones (5321)	50
	Considerando el valor hora promedio del conjunto de trabajadores domésticos e institucionales*	40

Fuente. Elaboración propia en base a los datos de la ENCNRS 2013 y la ECH 2013 (INE)
Nota. Según los datos del Banco Central del Uruguay el Valor del Agregado del Sector Salud del PIB en 2013 es 66765633000 pesos corrientes.
**Es una valorización en base al promedio del valor hora, que adquiere un valor (75 pesos uruguayos) intermedio entre el valor de la hora de los cuidadores domiciliarios (60 pesos uruguayos) y los que trabajan en instituciones (95 pesos uruguayos). Es por eso que al extender el cálculo, el porcentaje sobre el agregado del sector salud, varía en función de qué valor hora se considera para la monetización.*

Los hogares generan el valor de un tercio de lo que generan el Estado y el mercado en bienes y servicios para la salud de la población (cuando se considera al cuidado profesional en salud). Esto implica que, de no existir el trabajo no remunerado de los hogares y las mujeres dentro de los mismos, el Estado y el Mercado deberían de producir al menos un tercio más de bienes y servicios en relación a la producción actual para satisfacer las necesidades de la población.

Nuevamente, se evidencia la esencialidad del rol de las familias, y del trabajo femenino no remunerado en la provisión de bienes y servicios para la sociedad. La centralidad del

aporte de los mismos y los potenciales costos del cuidado en la autonomía de las mujeres, ponen sobre la mesa la pregunta acerca de la organización social del cuidado en nuestro país, mientras que recuerdan que tanto el reconocimiento y redistribución del trabajo no remunerado sigue siendo imperante.

4.4. Haciendo foco en el cuidado en salud dirigido a personas mayores enfermas crónicas o agudas.

Uruguay es un país envejecido que ha hecho frente a la situación y es reconocido en la región por el funcionamiento y el nivel de cobertura de su sistema de protección social, particularmente en lo que respecta a las prestaciones en la vejez, aunque se reconoce que reproduce algunas desigualdades de clase y género, vinculadas a las diferentes trayectorias laborales de varones y mujeres (PNUD, 2015). Existe una alta cobertura de pensiones contributivas como son las jubilaciones (masculinizadas, 75% vs. 57,2) y pensiones (feminizadas, 22,2% vs 3,4%[30]) y no contributivas como la pensión a la vejez (limitada para las personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica y sin trayectoria laboral). Esto deriva en que existe un 10% de mujeres mayores de 64 años sin ingresos propios, mientras que el porcentaje de varones es menor a 3% (ECH, 2014), lo cual genera dificultades en la autonomía económica de las mujeres mayores, necesidad de negociaciones familiares y dependencia de otras personas y/o instituciones.

A pesar de esto último se puede reconocer un marco general de protección a nivel económica que si bien no es suficiente para hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas mayores plantea una situación de base que diferencia a Uruguay de otros países de la región como Perú, Bolivia, Colombia (PNUD, 2015).

Recientemente Ocampo y Gómez-Arteaga (2017) han trabajado en la elaboración de un índice de protección social con el que han caracterizado los sistemas de protección social de los países latinoamericanos.

El mismo se basa en la operacionalización de tres dimensiones centrales: universalidad, solidaridad y gasto social. La primera tiene 5 subdimensiones: mide la cobertura en salud de los asalariados, afiliación a planes de pensiones entre los asalariados, adultos mayores que reciben una pensión contributiva, brecha de acceso a la salud entre asalariados y no asalariados y brecha de afiliación a planes de pensiones entre asalariados y no asalariados. La segunda tiene una subdimensión: porcentaje de pobres que tienen acceso a algún tipo

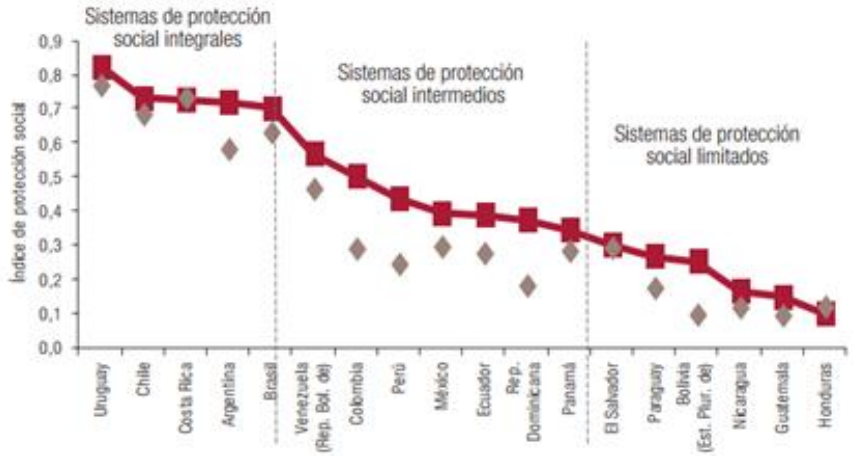
[30] elaboración propia en base a la declaración de condición de actividad según los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, Uruguay, 2014.

de protección social (seguro o asistencia) y la tercera dos: gasto social en protección social –seguros y asistencia- como porcentaje del PIB. (Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017: 12).

A partir de estas nueve sub-dimensiones, se construye el Índice de Protección social basado en el promedio aritmético de los índices estandarizados de cada uno de los nueve indicadores, siendo que todos tienen el mismo peso. El índice varía de 1 a 0, donde 1 representa el sistema más integral, con cobertura universal y menor desigualdad en la afiliación a sistemas de salud y pensión de vejez, altos grados de inclusión social y asistencia social bien orientada con una alta proporción del PIB dedicada al gasto social y el 0 lo contrario (Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017: 14).

Tal y como muestra el gráfico siguiente, Uruguay, Chile, Costa Rica, Argentina y Brasil son caracterizados según el índice de protección social como países con sistemas de protección social integrales. La República Bolivariana de Venezuela, Colombia, Perú, México, Ecuador, República Dominicana y Panamá tienen sistemas de protección social intermedios. El Salvador, Paraguay, Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Honduras, sistemas de protección social relativamente limitados. (Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017).

Gráfico 11. América Latina (18 países): puntuación en el índice de protección social alrededor de 2002 y 2012



Fuente: Ocampo y Gómez-Arteaga (2017)

Como es posible ver en el recuadro a continuación, el promedio de cobertura de pensiones contributivas para personas mayores (65 años y más) de los países con sistemas de protección social integrales es cercano a 81% y la cobertura del sistema sanitario es cercana a 90%. Las coberturas de ambos sistemas son significativamente inferiores en los países de la región que tienen sistemas de protección social limitados: 15% de cobertura

promedio en relación con las pensiones contributivas y menos de la mitad de la población tiene cobertura en salud (46%).

Tabla 27. América Latina: valor medio de los indicadores del índice de protección social por categoría del sistema, 2012 (en porcentajes).

Categoría del sistema de protección social	Cobertura de las pensiones contributivas (mayores de 65 años)	Asalariados afiliados a sistemas de pensiones	Asalariados afiliados a sistemas de salud	Brecha de acceso a planes de pensiones entre trabajadores asalariados y no asalariados	Brecha de acceso a la salud entre trabajadores asalariados y no asalariados	Hogares pobres con acceso a algún tipo de protección social	Cobertura del quintil más pobre (todo tipo de asistencia social)	Gasto social en protección social como porcentaje del PIB	Gasto social en salud como porcentaje del PIB
Integral	81,8	77,1	90,0	-52	-12	92,8	65,0	9,9	5,1
Intermedio	28,4	58,3	75,1	-70	-42	71,3	68,6	3,7	2,1
Limitado	15,3	37,6	41,9	-96	-79	44,9	63,3	3,3	2,7

Fuente: Ocampo y Gómez-Arteaga (2017)

Uruguay es un país bien posicionado en la región, pero su sistema de protección social aún reproduce grandes desigualdades sociales, particularmente de género y socioeconómicas debido a que las personas mayores más pobres tienen escasos ingresos y existe un porcentaje de mujeres de 65 años y más sin ingresos propios (10%), situación que se acentúa en las pertenecientes a los primeros quintiles de ingresos (PNUD, 2015).

Dentro del total de las personas mayores de 65 años y más, 99,5% tiene derechos vigentes en alguna institución de salud (según los datos de la ECH 2015).

Sin embargo, las personas mayores dependientes, que ven su capacidad de funcionamiento cotidiano básico e instrumental disminuido demandan cuidados cotidianos que no son provistos por el sistema sanitario y tampoco son cuidados en sentido amplio puesto que responden a una enfermedad crónica o aguda que se expresa en el aumento de la dependencia.

La Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013) ha detectado que, del total de las personas mayores, 14% (65.380) manifiestan tener dificultad para realizar al menos una actividad de la vida diaria (AVD), dentro de las mismas, 9% señala que las tiene siempre. La presencia de dificultades afecta principalmente a las mujeres mayores (73,2%) principalmente a las de 85 años, tramo de edad para el que la presencia de dependencia severa es 32% (BPS, 2013: 218).

El tipo de hogar donde viven mayoritariamente las personas mayores, y por ende, donde se presentan mayores niveles de incidencia de la dependencia en la población son los unipersonales y parejas sin hijos (ELPS, 2013). Esto genera desafíos de cuidado específicos puesto que el cuidado en los hogares unipersonales que no cuentan con apoyo

familiar o de una persona remunerada o asistente personal, recaen en el autocuidado, riesgo asumido de forma individual por las personas. De hecho, 46% de los mayores con dependencia expresa que siempre tiene la necesidad de ayuda para realizar tareas básicas, siendo menos 2 de cada 10 personas mayores con dificultades las que declaran no necesitar ayuda (BPS, 2013: 227).

La mayoría (44%) menciona que requiere ayuda física parcial, mientras que un tercio necesita sustitución máxima para la realización de las actividades de la vida diaria, siendo menor la necesidad de orientación verbal y supervisión (BPS, 2013: 237). El cuidado a personas mayores ha sido difícil de captar a través de diferentes encuestas, principalmente por la dificultad de auto identificación de la población y de los familiares de la dependencia de las personas mayores (Aguirre y Scavino, 2016).

Debido a esto, la última EUT (2013), al igual que el resto de las encuestas de este tipo en la región, ha subestimado la población cuidadora. La EUT (2013) tuvo como resultado que 3,4% del total de las personas realizaría trabajo de cuidado orientado a personas mayores. De esta población, la mayoría son mujeres (64%) y tienen más de 30 años (Batthyány, 2015: 122-123).

Sin embargo, la ENCNRS, que se orientó a conocer quienes se dedican a cuidar de manera no remunerada, encontró que gran parte de la población dependiente a quienes se dirige el cuidado en salud, son personas de 65 años o más.

De hecho, de la cantidad de hogares que se dedican al cuidado no remunerado, casi el 50% orienta el trabajo de cuidados a al menos una persona mayor de 65 años ya sea que se cohabite con la misma o no. Parte de este trabajo, está dirigido a personas mayores con las que no se cohabita (piénsese en nietos o hijos que cuidan padres o madres con las que no conviven, sin embargo, como muestra la tabla 28, el tiempo que se dedica a las personas mayores con las que no se cohabita es menor que el dedicado a aquellas personas mayores con las que se convive.

Tabla 28. Tasa de participación y tiempo semanal promedio de cuidado no remunerado en salud dirigido a personas de 65 años y más, por sexo del cuidador y situación de cohabitación. Total país, 2013[31].

	Mujeres		Varones*		Total	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Cohabita	95,1	76	77,9	63	91,1	73
Cohabita o no	95	61	54,6	54	83,6	60

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *Los casos de varones cuidadores son menores a 30 por celda.

Al igual que sucede para todos los CNRS las mujeres son las principales cuidadoras (71%) aunque la participación de los varones aumenta un poco en relación al total de los cuidadores en salud (29%). Esto se vincula con un conjunto de varones que tiene que cuidar sin muchas opciones a sus parejas mujeres, aspecto que ya ha sido mencionado en el presente trabajo.

Como ya se había mencionado, a diferencia de los niños, la mayoría de las personas mayores con dependencia presentan enfermedades de tipo crónicas lo que implica que los hogares tengan que organizarse de manera estructural y permanente en el tiempo, para hacer frente al cuidado en salud de las personas mayores.

Tabla 29. Porcentaje de enfermos crónicos y agudos en la población dependiente de 65 años y más. Total país, 2013.

	Porcentaje	Porcentaje sobre enfermedades
Enfermedad crónica, dependencia permanente	57,1	65,4
Enfermedad temporal, accidente	30,3	34,6

Fuente: reelaborado en base a Batthyány, Genta y Perrotta (2015).

En este sentido, la escasa oferta de servicios del Estado e incluso del mercado, desarrollada en la parte 4.1 principalmente, presenta un panorama desalentador para la viabilidad de los derechos de cuidado, la desfamiliarización y desfeminización del mismo. Solo por retomar algunos datos de contexto de estrategias dirigidas a las personas

[31] La carga de tiempo promedio dedicado al cuidado de personas mayores de 65 años, aumenta en 20 horas en relación al promedio general de tiempo dedicado al cuidado no remunerado en salud por básicamente dos motivos: el primero es que se está considerando solo al grupo de personas que han cuidado a personas mayores lo cual hace que aumente el promedio en general. El segundo motivo tiene que ver con que no se limita la edad de las personas cuidadoras a menores de 60 años (como se hace en el cálculo en general) por que interesa conocer a los viejos que cuidan viejos. En la encuesta aparecieron mujeres y varones viejos con altas cargas de cuidado, lo cual impacta en un desvío del promedio de horas.

mayores, la ELPS señala que solo el 1%[32] de los hogares con personas mayores de 60 años cuenta con personal doméstico, siendo, de ese porcentaje un 39,6% de hogares que contrata para el cuidado de personas mayores, lo cual indica que un porcentaje muy pequeño de hogares con personas mayores accede a la contratación de una persona cuidadora o para la realización de tareas domésticas; lo cual en sí mismo no contribuye a modificar la división sexual del trabajo como ha sido ya mencionado.

En cuanto al servicio de acompañantes, los datos de la ELPS (2013) muestran que del total de las personas consultadas, 13% declara contar con servicios de acompañantes, siendo esta distribución distinta entre las personas menores de 60 años (6% cuenta con el servicio) y las mayores de 60 años (37% lo hace). Son las mujeres mayores (42%) las que más contratan servicio de acompañantes, mientras que 29,5% de los varones mayores de 60 cuenta con el servicio. Los hogares unipersonales son los que contratan servicios de acompañantes de manera más frecuente (43,3%) seguidos por los biparentales sin hijos (39,9%) lo que coincide con el tipo de hogares con mayor presencia de personas mayores dependientes (BPS, 2013: 170-175).

En cuanto a los servicios de cuidados de personas mayores con dependencia, además del personal doméstico remunerado y el servicio de acompañantes, también existen instituciones de cuidado.

En Uruguay, actualmente, la inmensa mayoría son ofrecidos por el mercado (privado) principalmente como centros de día o de larga estadía. Como ya se ha mencionado, según los datos del Censo 2011, solo 2,5% de la población de 65 años o más reside en centros de larga estadía y según el relevamiento de Centros de Larga Estadía la amplia mayoría son con fines de lucro y gran parte no están regulados (SIVE, 2015). El hecho de que estos servicios sean provistos por el mercado genera varias limitantes en la satisfacción de derechos de cuidado: acceden solo quienes pueden acarrear los costos del cuidado (a riesgo individual o privado del hogar) en donde el trabajo de las cuidadoras puede ser precario e informal. Según los datos del SIVE (2015: 97) 44,2% de la población ocupada en cuidados de personas mayores o discapacitadas no está registrada en la seguridad social, particularmente en la contratación de personas cuidadoras por parte de los hogares. La amplia mayoría de los Centros de Larga Estadía se concentran en Montevideo y Canelones, lo cual también se asocia a las necesidades del mercado que, siendo su objetivo el lucro y no al desarrollo de un acceso territorial equitativo.

[32] Se estimó en base al total de hogares con personas con 60 años y más según el Censo, 2011 (435689) en relación a los 4118 que declaran contratar personal doméstico.

Como parte de lo que el Estado planifica como prestación asociada al cuidado, se encuentra el ya mencionado Programa de Asistentes Personales, que presenta algunas limitantes desde la perspectiva de género. Las licencias por enfermedad de familiar directo, podrían ser consideradas un mecanismo para el cuidado en salud de personas mayores aunque, con las fuertes debilidades ya expuestas. La pensión por invalidez en el caso de las personas mayores también puede ser un tipo de mecanismo para el cuidado, pero abona a la familiarización/feminización de los mismos, ya que se plantea como una transferencia monetaria sin ofrecer servicios y alternativas al cuidado familiar, lo que en términos de la tipología de Saraceno y Kreck (2008), hablaría de un familismo soportado, aspecto sobre el que ahondaremos en las reflexiones finales.

5. REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo de investigación buscó conocer cómo son las estrategias de cuidado en salud que la población uruguaya desarrolla para hacer frente a las demandas de cuidados. Para ello se ha explorado a quiénes participan como actores proveedores de bienestar en las estrategias, brindando trabajo remunerado o no remunerado de cuidados y los costos económicos que el mismo implica. Todo esto sin perder de vista la división sexual del trabajo en los distintos sectores y las implicancias que la misma puede tener en términos de costos en el pleno goce de derechos a cuidar y ser cuidados, así como el logro de una ciudadanía social plena.

Fue necesario armar un complejo puzzle de instrumentos de medición en tanto no existe un consenso en torno a qué se entiende por cuidado, ni un único instrumento de medición que aborde el objetivo de conocer el tiempo que dedican las personas al cuidado (comunidad o familia), los servicios o prestaciones con las que se cuentan y si son provistas por varones o mujeres en el marco del Estado o el mercado.

Las limitaciones de los datos hablan en cierta medida de las restricciones conceptuales que -a pesar del floreciente avance en los estudios vinculados a estos temas- se encuentra para definir y captar “dependencia” y “cuidados”.

Así, uno de los primeros esfuerzos del presente trabajo es proponer algunas definiciones conceptuales, particularmente la de cuidados en salud, que integran los cuidados no remunerados y remunerados que se dirigen a personas enfermas crónicas o agudas por

fuera de las instituciones del sistema sanitario, inspirada en la definición de cuidados no remunerados en salud planteada por Batthyány, Genta y Perrotta (2014).

Una segunda tarea, de carácter más empírico fue generar tipologías de cuidados en base a la cantidad de sectores que participan de las mismas (exclusivas y combinadas) y considerar la existencia de diferencias el nivel socioeconómico de los hogares, la presencia de cuidadores varones o mujeres y el tipo de enfermedad (aguda o crónica) para el que se desarrollan.

A partir de la generación de las tipologías de las estrategias de cuidado en salud, se ha evidenciado que si bien Uruguay es considerado como uno de los países con mayor desarrollo humano y con alta protección social en la región, las estrategias de cuidado en salud se basan fundamentalmente en el trabajo no remunerado de las mujeres de las familias y el desarrollo de políticas y prestaciones es incipiente y reproduce las desigualdades de género en el trabajo de cuidados. Es decir, se ha identificado un familismo soportado, en donde las estrategias son fundamentalmente exclusivas y familistas.

En este sentido, se ha mostrado que el trabajo de cuidados ya sea remunerado o no, es un trabajo frecuentemente invisible y precario, que obedece a su posicionamiento simbólico como un trabajo "de mujeres", lo cual reproduce el principio de jerarquía de la división sexual del trabajo (Kergoat, 2003).

A pesar de la instalación y desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, aun no se brindan suficientes opciones de cuidado que permitan que las familias elijan qué tipo de estrategia de cuidado quieren llevar a cabo. Es decir, que garanticen el real derecho al cuidado, de modo que no implique restricciones al trabajo, estudio, participación política, el goce de buena salud y propenda a que las cuidadoras puedan elegir que ser o hacer con su tiempo, disponer de él.

En este sentido hemos identificado que la organización social del cuidado ocurre en un contexto de familismo soportado (Saraceno y Krek), basado en una provisión estatal de seguros y servicios como "ayudas" para quienes no pueden comprarlos en el mercado, a la vez que hay subsidios y políticas estatales vinculadas a la condición de asalariados de bajos ingresos, con aportes de mínimas prestaciones sociales.

El Estado no ha podido avanzar más allá del aporte al cuidado en salud a través del programa de Asistentes Personales, programa que tiene restricciones de acceso según

edad y nivel de dependencia de las personas, y para acceder a un subsidio económico total según la vulnerabilidad económica del hogar la que se mide sin tener en cuenta los costos del cuidado. La mayoría de las Asistentes Personales son mujeres, el salario que se recibe por la tarea es escaso como es bajo el nivel de formación y especialización que se exige para llevarla a cabo. Además, el SNIC aún no ha montado mecanismos de acompañamiento de las cuidadoras y administración de los riesgos que tiene el trabajo a domicilio. No existen mecanismos particulares que incorporen la participación de los varones en el trabajo como AP, pero sí se estimula que los mismos no sean familiares de la persona cuidada. Sumado a esto, no existe una planificación de interconexión entre el SNIS y el SNIC para la provisión de cuidados de manera integral, por ejemplo coordinando los programas de Cuidados Paliativos y Asistentes Personales

En relación a prestaciones como licencias por enfermedad o flexibilidad horaria para el cuidado, en las instituciones estatales varían según en qué sector del Estado se trabaje, aunque en la gran mayoría no existen derechos asociados al cuidado en salud. Hasta ahora se han desarrollado políticas focalizadas que brindan cuidado ante la carencia económica o situaciones extremas como personas dependientes que viven solas. Por ejemplo, los Centros de Larga Estadía del Estado están dirigidos principalmente a la población con carencias económicas, o para personas que están solas al final de la vida; o las pensiones por invalidez que son una transferencia monetaria que no brinda servicios y prestaciones para el cuidado, sino que delega en las familias la responsabilidad de care-giving y de care-for, en las fases de cuidado de Tronto (1993).

Si bien se sabe y se reconoce que éste no es el fin, las políticas actuales están fragmentadas por nivel socioeconómico: un mercado que provee buenos servicios para quien los puede comprar y un Estado que brinda las prestaciones en función de los niveles de ingresos y asumiendo los costos totales en los casos de los hogares más pobres. Esto sin considerar el empobrecimiento de los hogares de niveles medios a causa de la situación de cuidados (los costos económicos del cuidado) en la asignación de las prestaciones.

Las políticas también están fragmentadas por la pertenencia a un tramo de edad y por la capacidad de demostrar niveles críticos de dependencia. Esto quiere decir, que existe una visualización individualizada de los cuidados y la dependencia, y que las políticas no se crean desde un punto de vista de interdependencia durante toda la vida, lo que implicaría aceptar que el mundo de los cuidados no tiene fronteras muy claras y desarrollar políticas

para la planificación de toda la vida que coloquen, por ejemplo, como centro la reflexión sobre la construcción de las personas y las comunidades de su vida en la vejez.

En este marco, el papel de las mujeres como principales cuidadoras no remuneradas coloca un signo de pregunta sobre toda la organización de las presentaciones estatales y sobre los avances de las políticas de equidad de género en el país. Para avanzar en este último punto, es imprescindible tener un contexto de oportunidades que garanticen la posibilidad de contar con opciones para elegir qué estrategia de cuidado llevar a cabo. Pero también es necesario trabajar sobre los modelos culturales de género imperantes que, subjetivándose en los individuos, sostienen esta organización social del cuidado.

En el planteo teórico de Hochschild(op cit.), son dos: el modelo tradicional, en el que las mujeres son amas de casa y cuidadoras por "naturaleza", sin contacto con el mundo del trabajo, la política y la economía y el modelo posmoderno, en el que las mujeres lo hacen todo, trabajan, cuidan, se hacen cargo de la casa, participan de la economía, mientras que los varones siguen eximidos de responsabilidades en la esfera doméstica, son a decir de Tronto (op cit.), "privilegiados irresponsables".

A pesar de éste panorama negativo en términos de igualdad de derechos entre varones y mujeres y de derechos al cuidado, resulta claro que, marcado por una tendencia de voluntad de transformación del familismo y de las desigualdades de género presentes en el mismo, el Estado uruguayo se ha embarcado en el montaje de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados y en el planteo de sus principios rectores es evidente su vocación y voluntad de avanzar hacia un universalismo en los servicios y las prestaciones, lo que si bien ya está en marcha aún no se ha concretó.

En cuanto a los resultados empíricos del presente trabajo, se ha encontrado que el tipo de estrategias desarrolladas de manera más frecuente en el país para cuidar a personas enfermas crónicas o agudas, cuentan con un solo sector proveedor de cuidados en salud, mayoritariamente: la familia (80%).

Dentro de ellas, son las mujeres de 45 años y más las que participan de manera más frecuente y aportan una mayor carga de tiempo de trabajo de cuidados (12 horas semanales más que sus pares varones que participan casi dos tercios menos que las mujeres en el cuidado no remunerado en salud).

Ellas se hacen cargo del trabajo más duro y menos grato del cuidado, realizando con mayor frecuencia tratamientos específicos en salud, tareas de apoyo que implican la

limpieza del espacio, la elaboración de alimentos, el aseo de las personas enfermas, entre otras actividades rutinarias indispensable para la supervivencia de las personas cuidadas. Por su parte se observó que os varones participan en tareas no rutinarias, más soportable o de gestión con el sistema sanitario y compras asociadas a la cura de la enfermedad.

Se han evidenciado diferencias en las estrategias según niveles socioeconómicos

Los hogares que llevan a cabo estrategias en las que converge más de un actor para el cuidado en salud son mayoritariamente de niveles socioeconómicos medios (51,8%) y altos (37,7%). La magnitud de tiempo aportado por los distintos sectores también varía según en nivel socioeconómico de los hogares. En los sectores más bajos la mayor parte del tiempo de cuidados es generado por las familias de manera no remunerada (92%) y es escasa la participación del Estado o el mercado (2,8%) en el tiempo total de cuidado en salud.

En los niveles medios hay un mayor intercambio entre los hogares, lo cual permite suponer que las estrategias se basan principalmente en el cuidado brindado por la familia y luego por las ayudas que puedan conseguir por parte de personas no remuneradas para el cuidado, lo cual habla de la desprotección del derecho al cuidado en estos sectores económicos.

Se visualiza que no existe un panorama imperante de corresponsabilidad en las estrategias de cuidado ya que la gran mayoría de las mismas está basada en el trabajo familiar no remunerado de las mujeres de las familias (más de 74% de los cuidadores no remunerados en salud son mujeres).

Si este tiempo se intercambiara en el mercado de trabajo, el mismo equivaldría a un 1,8% del PIB nacional para 2013 y un 32,2% sobre el agregado del sector salud. Esto significa que sin el trabajo gratuito de las mujeres para el cuidado en salud, el Estado o el mercado deberían producir un tercio más de los recursos que se destinan actualmente al sector salud.

Cuadro 9. Resumen de las principales características de las estrategias de cuidados en salud, en las dimensiones propuestas por Thomas (1993).

	Estrategias de cuidados en salud en Uruguay
Identidad social de la persona cuidadora	Son mujeres. Madres, hijas, esposas en su amplia mayoría las que cuidan de manera remunerada o no remunerada a las personas enfermas tanto crónicas como agudas)

Identidad social de quien recibe cuidados	Son "personas enfermas". En el caso de los enfermos crónicos (mayoría entre las personas mayores) son localizados en el lugar de "dependientes" lo cual los torna "objetos de cuidado" no solo por parte de las personas que se "hacen cargo" del "enfermos" sino también por el Estado que desarrolla dispositivos de cuidados como políticas de atención y asistencia, y no como políticas que entiendan al cuidado como una relación social. A su vez existe la necesidad de "probar" dicha dependencia (y su severidad) para poder recibir los servicios y subvenciones estatales que son en enunciadas como derechos universales de los y las ciudadanas uruguayos.
Relación interpersonal entre cuidador y persona cuidada	En la amplia mayoría de estrategias de cuidado en salud son mujeres de las familias que brindan trabajo no pago a otras personas de las familias encargándose de los tratamientos, acompañamiento, de las gestiones con el sistema sanitario entre otros requerimientos de cuidados de personas enfermas. En algunos casos en que hay participación de la comunidad, se trata de mujeres que cuidan a otros no parientes en el marco de los hogares.
Naturaleza del cuidado	Es emocional y material, si bien no se ha indagado en la primera, las personas justifican el cuidado familiar de cualquier tipo basados en mandatos familistas (en el amor y compromiso que se ha de tener a los parientes), tal y como muestra la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales Del Cuidado. Los costos materiales han sido sistematizados tanto en tiempo como en dinero, recaen sobre las mujeres de las familias y su autonomía, su tiempo de trabajo, de estudio, de goce personal o tiempo libre.
Dominio social en el que está ubicada la relación de cuidados	En la mayoría de los casos, el cuidado se resuelve en el ámbito privado, de manera no remunerada presentándose como un costo y una limitante a la autonomía de las mujeres en el marco de las familias.
Características Económicas del trabajo de cuidado	Tal como se ha mostrado, el trabajo de cuidados implica costos altos que son asumidos, en su mayoría, por los hogares de manera particular ya que mayoritariamente es un trabajo no remunerado brindado por las mujeres.
Marco institucional en el que se prestan los cuidados	Se presta mayoritariamente en las familias, pero en un vínculo frecuente y mandatado por las lógicas medicalistas con las que se rige el cuidado desde las miradas hospitalarias.

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de investigación.

En general, es posible concluir que el contexto de políticas y de oportunidades para el cuidado en salud (siendo este entendido como diferente al cuidado profesional en salud, que refiere a la producción de SNIS) es precario e incipiente. Sumado a la escasez de servicios y prestaciones, no existen aún políticas culturales específicas para trabajar sobre la matriz de representaciones sociales del cuidado en Uruguay, dónde es fuertemente familista (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013) y se adjudica como una tarea “natural” de las mujeres.

Las estrategias de cuidados en salud muestran un panorama familista y feminizado que redunda en una carga de trabajo para las mujeres, que varía en función del tipo de enfermedad para la que se otorgó ese cuidado, de los niveles socioeconómicos a los que se pertenezca, de los niveles educativos de las cuidadoras, y según si se dirige a personas con las que se convive o no.

La familiarización del cuidado permite ver cómo los sectores medios son aquellos que encuentran mayores limitaciones para tercerizar el cuidado, quizá porque las opciones de desfamilizarización están cooptadas por lógicas del mercado privado.

En este sentido, la efectiva corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y familias se presenta como una urgencia si la equidad de género y el cumplimiento de los derechos de cuidado son objetivos de la sociedad uruguaya**.**

Finalmente, pensar desde una perspectiva de relaciones de interdependencia supone una fuerte crítica al funcionamiento del sistema económico actual en el que los sujetos invierten mucho tiempo para aumentar la productividad de instituciones o marcas y poco tiempo al cuidado. Particularmente los varones. Cuidar más y mejor, implica una política de reducción horaria en el trabajo equitativa para varones y mujeres y una valoración social de los cuidados que haga que los trabajadores "cuidadores" puedan ser reconocidos como buenos trabajadores y no como personas que huyen del trabajo para hacerse cargo de sus familias. Si las políticas fuesen pensadas en términos de interdependencia, tendrían una estructura no individualista, no segmentada por grado de dependencia o nivel socioeconómico y se desarrollarían en términos relacionales. Así tendría en cuenta a todas las personas involucradas en la relación de cuidados, los costos y beneficios que la situación tiene para todos, las maneras más equilibradas de llevar a cabo el trabajo y los contextos (¿La esfera doméstica será el mejor lugar o ambiente para realizar el trabajo de cuidados?).

Esta visión de interdependencia llevaría a pensar políticas que apunten a la sostenibilidad del cuidado durante toda la vida. En relación con la vejez, por ejemplo, las jubilaciones o el sistema de protección social no son suficientes para abordar las múltiples dimensiones del cuidado.

En los últimos años, el Estado generó y garantizó nuevos derechos y en particular, una concepción, normas y un sistema que reconoce al cuidado como un derecho universal de la ciudadanía y que tienen en su base teórica los principios orientadores propios de una propuesta que parece responder a una visión socialdemócrata.

Es evidente que todas las políticas llevan tiempo para su desarrollo y para que la población se apropie de ellas. Las políticas de cuidado requieren de fuertes cambios culturales en torno a las representaciones sociales que indican que las familias son las "mejores cuidadoras" y que dentro de ellas "las mujeres son cuidadoras por naturaleza". En este sentido, es imprescindible que se desarrollen políticas con perspectiva de interdependencia en el cuidado, que brinden servicios y prestaciones de calidad, no individualizadas y que afecten las condiciones materiales y económicas de las estrategias de cuidados actuales, ya que el familismo puede ser una preferencia adaptativa

(Elster,1983) en un panorama social en donde no hay opciones reales y de calidad para hacer frente al cuidado, particularmente al cuidado de personas mayores enfermas crónicas o con dependencia severa.

En la medida que se desarrollen dispositivos de cuidado que tiendan a colectivizarlo se verá si esta hipótesis es real o si lo sujetos se aferran irracionalmente a los mandatos familistas y de género en el cuidado.

Finalmente, sin dudas la puesta en marcha y desarrollo del SNIC ha colocado al país como pionero en la región en abordar desde una perspectiva de derechos, integral y de género el problema de los cuidados. Si bien la perspectiva aún no se hace carne en la realidad, es de esperar que la universalidad de los principios del SNIC y su objetivo de modificar la actual división sexual del trabajo, contribuirán a mejorar la calidad de la democracia en Uruguay, mejorando la calidad de vida y convivencia de varones y mujeres en las generaciones actuales y venideras.

Su institucionalización es fundamental para que los derechos al cuidado sean apropiados por la ciudadanía y no se trate de una política cuyo desarrollo dependa de exclusivamente de los partidos políticos o del gobierno. Sin duda avanzar a hacia mayores niveles de democracia implica fortalecer las oportunidades y capacidades de todas las personas para poder ser y hacer con otros. Cuando los derechos no son normativos las calidades de vida y el desarrollo potencial de la población se visualiza en los niveles educativos, la cultura, la productividad, las relaciones sin violencia, la ausencia de la pobreza como dimensiones del bienestar social. En este sentido, si bien hay trabajo por hacer, las discusiones y los caminos parecerían abrirse.

Para ello es necesario en avanzar en investigaciones que permitan conocer cómo son significados los cuidados de los enfermos agudos y crónicos por parte de los cuidadores, así como los actores que participan en las estrategias de cuidado. También es necesario hilar más fino sobre los diferentes mundos del cuidado en función del tipo de enfermedad, particularmente si se trata de salud física o mental, lo que, es de presuponer, generaría dinámicas y lógicas en el cuidado muy distintas, e implica vínculos con instituciones diferentes. Finalmente, sería necesario también proponerse un análisis de la institucionalidad de SNIC, en relación al SNIS y cómo están siendo pensados desde la política pública los instrumentos (prestaciones, servicios) de política de manera integral para tener un panorama del tipo de Estado de bienestar real que está por detrás de las mismas. Se espera que estos puntos, se aborden como futuras preguntas de investigación.

6. BIBLIOGRAFIA

Adelantado, J. Et al. (1998) Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica. Revista Mexicana de Sociología, 3,123-156.

Aguirre, Rosario (2003). Género, ciudadanía social y trabajo. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aguirre, Rosario (2008). "El futuro del cuidado" En Arriagada, Irma (ed.) Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Santiago de Chile: CEPAL.

Aguirre, Rosario (2009). "Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado" En: Aguirre, Rosario (ed.) Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aguirre, Rosario (2010). "Los cuidados entran en la agenda pública" Revista de Ciencias Sociales DS-FCS-UDELAR, 27, 10-19.

Aguirre, Rosario (2013). Personas Ocupadas en el Sector Cuidados. Montevideo: Serie Sistema Nacional de Cuidados.

Aguirre, Rosario; Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrota, Valentina (2014). "Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay". Íconos. Revista de Ciencias Sociales, 50,43-60.

Aguirre, Rosario y Scavino, Sol (2016) "Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay" ", en Papeles del CEIC, vol. 2016/1, nº 144, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.

Aguirre, Rosario y Scavino, Sol (2017) Vejeces de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay. Montevideo: Doble Clic.

Anderson, Jeanine (2006) "Sistemas de género y procesos de cambio". En: Batthyány, Karina (coord.) Género y desarrollo. Una propuesta de formación. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aran D, Laca H. (2013) Sistema de salud de Uruguay. Salud Publica Mex 2013;53 supl 2:S265-S274.

Arriagada, Irma (1998) "Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas". Revista de la CEPAL, 65, 85-102.

Arriagada, Irma (2009) La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericanas. Revista Latinoamericana de Estudios Familiares. Volumen 1.

Balbo, Laura. (1978) La doppia presenza, en "Inchiesta", n.32pp. 3-11

Batthyány, Karina (2001). "El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas" En: Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (eds.) Trabajo, Género y Ciudadanía en los países del Cono Sur. Montevideo: OIT-UDELAR-Cinterfor Grupo Montevideo.

Batthyány, Karina (2009). "Género, cuidados familiares y uso del tiempo". En: Ds-FCS-UDELAR. El Uruguay desde la sociología VII. Montevideo: CBA-Editorial.

Batthyány, Karina (2010). "Los cuidados infantiles en Uruguay y sus implicancias de género Análisis a partir del uso del tiempo". Revista de Ciencias Sociales DS-FCS-UDELAR, 27, 20-31.

Batthyány, Karina (2015) Los tiempos del cuidado en Uruguay. *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay.* Montevideo: Doble Clic Editoras.

Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2012). La población uruguaya y los cuidados: persistencias de un mandato de género. Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales de los cuidados: principales resultados. Santiago de chile: Serie Asuntos de Género Nro. 117, CEPAL.

Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2013). La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2014) "Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud" Mides. Artículo Sistema Nacional de Cuidados. Diponible online: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/27200/1/articulo_sociologia_2014.pdf

Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2015a) Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. En Batthyány, K *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay.* Montevideo: Doble Clic Editoras.

Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2015b) El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay. Series Asuntos de la Cepal nº 127, Santiago de Chile.

Batthyány, K., Ferrari, F y Scavino, S (2015) Dichos y hechos: juventud, representaciones sobre el trabajo no remunerado y brechas en el uso del tiempo. En Boado (Coord.) "El uruguay desde la Sociología 13". Doble Clic: Montevideo.

Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Scavino, Sol (2017) "Análisis de género de las estategias de cuidado infantil en Uruguay" Cadernos de Pesquisa [online]. 2017, vol.47, n.163, pp.292-319. ISSN 0100-1574. http://dx.doi.org/10.1590/198053143710.

Beck, U. (1998) La sociedad del Riesgo. Hacia una nueva modernidad. Paidós Basica. Buenos Aires. ISBN 84-493-0406-7

Beck,U y Beck-Gernsheim, E. (2012) Amor a distancia. Nuevas formas de vida en la era global. Buenos Aires: Paidós contextos. 272

Beck, Ulrich; Guiddens, Anthony y Lash, Scott (2008) Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno. Alianza Editorial. Madrid. Publicado Originalemente en 1994 por Polity Pess en asociación con Blackwell Publishers Ltd.

Bock, G. y Duden, B. (1985) Trabajo por amor, amor como trabajo. Desarrollo, Revista de la Sociedad Internacional para el desarrollo. 2, 4-14.

Bonino, L (2002) Masculinidad, salud y sistema sanitario. Artículo públicado en "Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa· Instituto de la mujer.España/OMS, y actualizado en Ruiz Jarabo y Blanco, P. (Comp) (2004) La violencia contra las mujeres, Prevención y detección. Madrid. Díaz de Santos. Disponible on line: http://www.luisbonino.com/pdf/MASCULINIDAD%20y%20sist%20sanitario.pdf

Borgeaud-Garciandía, N., 2016, “Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiaciónd el trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes”, en Papeles del CEIC, vol. 2016/1, nº 148, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15229

Boudon, Raymon (1998). Limitaciones de la teoría de la elección racional. The American Journal of Sociology. Chicago. Nov.

Bourdieu, P. (2007), El sentido práctico, Buenos Aires, Siglo XXI, Libro II, capítulo 3 “Estructuras, habitus, practica” pp. 85-105.

BPS (2015) PRESENTACIÓN Y PRIMEROS TABULADOS de la Encuesta Longitudinal de Protección Social. Ronda 2012-2013. Montevideo. Disponible On line: http://elps.org.uy/Docs/Principales%20resultados%20junio%202015.pdf

Calvo, Juan José, Et al, (2013). Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011. Fascículo 1 del Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Trilce editores. Montevideo. Disponible on line: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Atlas_Sociodemografico/Atlas_fasciculo_1_NBI_versionrevisada.pdf

Carrasco, C. (1992) El trabajo de las mujeres: producción y reproducción. Apuntes para su re conceptualización. Cuadernos de Economía. 1992, 20, 95-109.

Carrasco, C. Borderías, T y Torns, T. (2011) Introducción en Carrasco, Borderías y Torns “El trabajo de cuidados. Historia, teórica y políticas. Madrid: Los libros de la catarata.

Castells, Manuel (2001): “E-Businesss y la nueva economía” en La galaxia internet Areté: Barcelona. Págs. 81-136.

Cerri, Chiara (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. Athenea Digital, 15(2), 111-140. h8p://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1502

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender.* Berkeley: University of California.

Daly, M., & Lewis, J. (2011) El concepto de “Social Care” y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, t., editoras. El trabajo de cuidados: Historia, teorías y política. Madrid; Los Libros de la Catarata;.p. 225-2521

Durán, M.A (1997) El papel de mujeres y hombres en la economía española. Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, ISSN 0019-977X, Nº 760, 1997, págs. 9-29

Durán, M.A (1988) De puertas adentro. Madrid: Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.

Durán, M. A. (2003) Los costos invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BBVA.

Durán, M.A. (2008) Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud. En Durán, M.AM, editora. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington: OPS; 2008.

Dmytraczenko,T., Almeida, G. (2015) Hacia la cobertura universal de salud y la equidad en Amèrica Latina y el Caribe. OPS

Elster, J. (1983) Sour Grapes, Cambridge University Press, Cambridge, Massachusetts

Encuesta de Uso del Tiempo en Montevideo y el Área Metropolitana (2003)) Equipo de Sociología de Género - Departamento de Sociología-Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Encuesta de Uso del Tiempo (2007) módulo de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística-Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) e Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Uruguay.

Encuesta de Uso del Tiempo (2013) módulo de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística-Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) e Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Uruguay.

Encuesta Nacional de Desarrollo Infanil, Nutrición y Salud módulo de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística-Facultad de Ciencias Económicas (IECON- UDELAR) y Programa Uruguay Crece Contigo. Uruguay.

Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013) – Banco de Protección Social –Instituto Nacional de Estadística. Uruguay.

Encuesta Nacional de Representaciones Sociales del Cuidado (2010) Equipo de Sociología de Género - Departamento de Sociología-Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (2013) Equipo de Sociología de Género - Departamento de Sociología-Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Esping-Andersen, G. (1993) Los tres mundos del Estado del Bienestar. Valencia: Edicions Alfons el Magnánim-IVEI.

Esping-Andersen, G. (2000) Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona: Ariel Sociología; 266

Esping-Andersen, Gosta, (2007). Un nuevo equilibrio de bienestar en Política y Sociedad, vol 44. Madrid.

Espino, Alma; Querejeta, Martina y Salvador, Soledad (2010). La economía de los hogares: más allá de los ingresos monetarios. Monteivdeo: Ciedur, ONU-MUJERES.

Esquivel, V., Faur, E., Jelin. E. (2012) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado, IDES, UNFPA, Unicef, Argentina.

Faur, E. (2011) "Lógicas en tensión. Desencuentros entre oferta y demanda de servicios de cuidado en Buenos Aires", en Revista de Ciencias Sociales: Usos del tiempo, cuidados y bienestar. Desafíos para Uruguay y la Región, nº 27, pp. 68-81.

Finch, J., Groves, D. (Eds.), 1993, A labour of Love: women, work and caring, RKP, London.

Flaquer, L (1998) El destino de la familia. Editorial Ariel. Barcelona.

García-Calvente, MM.; Mateo, I. y Gutierrez, P. (1999) Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela andaluza de salud pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

García-Calvente, MM; Mateo, I. y Eguiguren, A. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria, 18, 132-139.

García Calvente, M; Lozano, M. Y Marcos, J. (2011) Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Revista Gaceta Sanitaria. Gac Sanit 2011; 25 Supl 2:100-7 - Vol. 25 DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.09.006

Galvez, T., & Matamala, M. (2002). La economía de la salud y el género en la reforma de salud. En M. d. OPS, Género, equidad y reforma de la salud en Chile (págs. 1-8.). Santiago de Chile: OPS

García, M., Mateo, I., & Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta sanitaria, 18(Supl. 2), 83-92.

Gomez Luna, M. E. (2010) Directrices y referentes conceptuales para armonizar las estadísticas sobre uso del tiempo en América Latina, CEPAL, México.

Gómez Luna, M. E. (2001) Cuenta satélite de los hogares: valoración del trabajo doméstico no pagado. El caso de México. Versión preliminar del trabajo presentado en el Taller internacional Cuentas Nacionales de Salud y género. Santiago de Chile: OPS-OMS-FONASA.

Graham, H., 1983, "Caring: A labour of Love", en J. Finch y D. Groves (Eds.), A labour of Love: women, work and caring, RKP, London, pp.13-30.

Haro, J. (2000). Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero, & J. Comelles, Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina (págs. 101-162). Barcelona: Bellaterra.

Hernández Bello, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. Gerencia y Políticas de Salud, 8(17), 173-185.

Hill Colins, P (2000) Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment / Patricia Hill Collins. — 2nd ed. p. cm. — (Perspectives on gender). Gran Bretaña, Routledge.

Himmelweit, S. (2011) El descubrimiento del trabajo no remunerado: consecuencias sociales de la expansión del término trabajo. En Carrasco, C.; Borderías, C.y Torns, T., editoras. El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: Editorial Catarata;.p.199-224.

Hochschild, Arlie Russell (1995) The culture of politics, Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern ideals of care. En Social Politics. Pp 332-346

Hochschild, A. (1983) The Managed Heart. Commercialization of human feeling. California: University of California Press; 327

Hodson, R. (2001) Dignity at Work. Cambridge: Cambridge University Press.

INEGI (2014) Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta Satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2013: preliminar: año base 2008. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INSERSO (1995) Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO.

James, N. (1992): «Care=organisation, physical labour, emotional labour». Sociology of Health and Illness, n.º 4, vol. 14.

Jelin, E. (1998) Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenas Aires, Fondo de Cultura Económica.

Kergoat, Danielle. (2003): "De la relación social de sexo al sujeto sexuado", en Revista Mexicana de Sociología, año 65, núm. 4, octubre-diciembre 2003, México, pp. 841-861.

Martinez, J. y Voorend, K. (2010) Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos: mercado, política social y organización familiar de los cuidados En: Pautassi, L. y Ziebecchi, C., editoras. Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires: Editorial Biblos; p.59-98

Molinier, Pascale (2012) "El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad". livret de 40 pages. Disponible on line: https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01075702/document

Montaño, S. (2010) "El cuidado en Acción" En Monaño, S. y Calderón, C., editoras, El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Santiago de Chile: Cuadernos de la CEPAL No. 94. CEPAL-UNIFEM; p.23-35.

Moreno, Sara (2015) Tiempo, bienestar y cuidados. En Martín Criado, E. y Prieto, C. Conflictos por el tiempo. Poder, relación salarial y relaciones de género. Madrid: CIS.

Moreno, S., Recio Cáceres, C., Borrás Català, V., Torns Martín, T. (2016) "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras", en Papeles del CEIC, vol. 2016/1, nº 145, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195

Murillo, S. (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Política y Sociedad, 35, pp. 73-80.

MSP (2013) Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Montevideo: MSP. Disponible on line: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013_0.pdf

MSP (2010) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo, MSP. Disponible on line: http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Construccion-Sistema-Integrado-Salud-2005-2009-Uruguay.pdf

MSP (2009) Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género. Informe de investigación. Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. Disponible on line: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/763_pdf.pdf

Navarro, Vicenç (2005) "El cuarto pilar del Estado de bienestar", en El País, Madrid, 30 de abril, p. 56.

La Parra, D. (2001) Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales Gaceta Sanitaria.15 (6), 498-505.

Legarreta, M (2011). El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados En: Arango, L.G y Molinier, P., editoras. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La carreta editores; .p.113-135.

Letablier, M.T «El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa» en C. Prieto (dir.), Trabajo, género y tiempo social, Hacer-UCM, Madrid, 2007

Ocampo, J. A. y Gómez-Arteaga, N. (2017) Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina. Revista CEPAL No.122

Oppezzi, M. y Ramírez, C. (2012) Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. Psicología, Conocimiento y Sociedad 2 (2), 142-176.

OMS (2014) Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Disponible on line: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1

Parker, R. (1981) Tending and social policy. En E.M Goldberg, and S. Hatch (eds.) *A new look at the Personal Social Services.* Discussion Paper 4. London: Policy Studies.

Pautassi, Laura (20017) El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPLA: Santiago de Chile. Disponible On Line: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816_es.pdf;jsessionid=C2F3DD79B308332F7B2104E07D925112?sequence=1

Paredes, Mariana; Ciarnello, Maite y Brunet, Nicolás (2010). Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Montevideo: Lucida Ediciones.

Pedrero, M, 2004, "Sabia virtud de conocer el tiempo. El uso del tiempo en función del género: Análisis comparativo entre México y Europa", en Revista de Economía Mundial, 10/11, pp. 77-101.

Pickard, L., 2012, "Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000", en Ageing and Society, vol. 32, pp. 1147-1175.

PNUD (2008) Desarrollo en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano, PNUD, Montevideo, Síntesis Ejecutiva, pag.19-34.

PNUD (2016) Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todos. Nueva York: PNUD.

PNUD (2015) EL FUTURO EN FOCO. Cuadernos sobre Desarrollo Humano N° 8 Protección social y género en Uruguay: avances y desafíos. PNUD, Uruguay.

Plan Nacional de Cuidados 2016-2020 (2016) Sistema Nacional de Cudiados. Ministerio de Desarrollo Social. Disponible on line: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf

Rodríguez Cabrero, G., (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea. Cuadernos de Relaciones Laborales Vol. 29, núm. 1, p. 13-42.

Rogero García (2010) Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid, IMSERSO.

Salas, Fernando (2012) "Servicios, prestaciones y convenios para el cuidado de los familiares del personal del Estado". Informe preliminar presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el Grupo de Trabajo del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Salvador, S. (2015). “La valoración económica del trabajo no remuenrado” En: Batthyány, Karina (ed.) Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Salvador, S. (2009) La valoración económica del trabajo no remunerado. En: Aguirre, R, editora. Las bases invisibles del bienestar social El trabajo no remunerado en Uruguay. Montevideo: Doble Clic Editoras. p.155.203.

Saraceno, C., Keck, W. (2008) “The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe”, Report Multilinks Project. Disponible en: http://www.multilinks-project.eu/wp-content/uploads/2009/04/Report_Saraceno_Keck_Nov081.pdf

Scott, J. (2003) “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en M. Lamas (Comp.), El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual. Universidad Autónoma de México UNAM, 3ra edición, México

SEDESOL (2010). Diagnóstico de la problemáticas de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral. México: Sedesol.

Sennet, R. (2006) l: “Burocracia, y política de consumo” en “La cultura del nuevo capitalismo”, Anagrama, Barcelona, pag.19-74, y págs.114-135.

SIVE (2015) Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. INMAYORESDINEM-MIDES, Montevideo. Disponible en; http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/58037/1/sistemade-informacion-sobre-vejez-y-envejecimiento-2015-sive.pdf. Última consulta: febrero de 2016.

Tobío, Constanza (2002) Conciliación o Contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. En Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 97/02 155-186.

Tobío, Constanza (2005) Madres que trabajan. Dilemas y estrategias. Col. Feminismos Cátedra Madrid, 2005. 296 páginas

Tronto, J; Fisher, B. (1990) Towars a feminist theory of caring In: Abel, E.K, Nelson, M.k., editors. Circles of care: work and identity of women`s lives. New York: State University of New York Press; p.36-54

Tronto, Joan (1993): Moral Bounderies. A Political Argument for an Ethic of Care. Londres, Routledge.

Torns, Teresa (2008) El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N." 15, pp. 53-73.

Torns, Teresa (Coord.) Borrás, Vincent; Moreno, Sara y Recio, Carolina (2014) Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano. Estudios e investigaciones. Universidad Autónoma de Barcelona. Expte. de Referencia: 2011-0004-INV-00120

Ungerson, C. (1983). Why do Women Care? En J. Finch y D. Groves. A Labour of Love: Women, Work and Caring (pp 31-49). London: Routledge & Kegan Paul. -.

Ungerson, C. (Eds.) (1990). Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia. London: Harvester Whetssheaf.

Waerness, Kari (1984): “The Rationality of Careing” En Economic and Industrial Democracy, 5.

Wallace (2002) Household Strategies: Their Conceptual Relevance and Analytical Scope in Social Research, Sociology 36(2): 275–92.

Van Rompaey, E. y Scavino, S. (2017) ¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay. Chile: Revista punto género. En prensa

Van Rompaey, (2015) Cualificación invisibilizada. Estudio sobre el trabajo remunerado de cuidados en domicilio en los servicios de atención barcelonés y montevideano. Tesis Doctoral Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Barcelona.

7. ANEXOS

Tabla 1. Condición de actividad por sexo de las personas cuidadoras. Total país, 2013

	Mujer	Varón	Total
Sí	61,8	75,8	65,4
No	38,2	24,2	34,6
Total	100	100	100

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *La relación es estadísticamente significativa.

Tabla 2. Flexibilidad para organizar horarios de trabajo en momento de enfermedad de familiares, por sexo de las personas cuidadoras. Total país, 2013

	Mujer	Varón	Total
Tiene flexibilidad para organizar sus horarios de trabajo	74,6	71,8	73,8
No tiene flexibilidad para organizar sus horarios de trabajo	25,4	28,2	26,2
Total	100	100	100

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR) *La relación entre sexo del cuidador y flexibilidad horaria no es estadísticamente significativa.

Tabla 3. Resumen de modelo de regresión lineal sobre el logaritmo de la variable horas de cuidado no remunerado realizado por mujeres.

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,370	,137	,089	,97359

ANOVAb					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	38,231	14	2,731	2,881	,000
Residual	241,710	255	,948		

Total	279,941	269			

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.		Coeficientes tipificados
	B	Error típ.	Beta				Beta - HORAS
(Constante)	**3,307**	**,735**		**4,499**	**,000**	27,3	
PAR_FUERA_HOGAR	**-,421**	**,134**	**-,203**	**-3,131**	**,002**	0,7	0,82
NO_PARENT	-,334	,259	-,082	-1,286	,200	0,7	0,92
OTRO_PARENT	,356	,995	,021	,358	,721	1,4	1,02
Trabaja	-,126	,135	-,061	-,933	,352	0,9	0,94
ESTRATEGIA1_FIl	,069	,501	,026	,139	,890	1,1	1,03
Hogar con menores 12 años dependientes	,189	,197	,067	,961	,338	1,2	1,07
Hogar con personas mayores dependientes	,202	,141	,099	1,432	,154	1,2	1,10
Cantidad de hogares con servicios EDO o MERCADO	,244	,485	,075	,503	,615	1,3	1,08
Cantidad de hogares que reciben cudiado no remuenrado en salud por personas que no integran el hogar	,186	,487	,049	,381	,703	1,2	1,05
Nivel Educativo	**-,181**	**,098**	**-,124**	**-1,851**	**,065**	0,8	0,88
Hogares con al menos una persona con enfermedad crónica	,418	,306	,205	1,363	,174	1,5	1,23
Hogares con al menos una persona con enfermedad aguda	,040	,308	,019	,130	,897	1,0	1,02
Edad de las y los cuidadoras_es no remunerados en salud	,089	,074	,077	1,200	,231	1,1	1,08
Nivel Socio Económico	,139	,109	,088	1,276	,203	1,1	1,09

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Tabla 4. Resumen de modelo de regresión lineal sobre el logaritmo de la variable horas de cuidado no remunerado realizado por varones.

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,544	,296	,148	1,10148

ANOVAb					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	34,122	14	2,437	2,009	,030
Residual	81,288	67	1,213		
Total	115,410	81			

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Coeficientes tipificados
	B	Error típ.	Beta			Beta (Horas)

(Constante)	3,727	1,533		2,430	,018	
PAR_FUERA_HOGAR	-,315	,365	-,105	-,864	,391	,9
NO_PARENT	-,077	,472	-,018	-,164	,871	1,0
OTRO_PARENT	,823	,864	,107	,953	,344	1,1
Trabaja	,027	,341	,010	,079	,937	1,0
ESTRATEGIA1_FIl	-1,313	1,042	-,483	-1,260	,212	,6
Hogar con menores 12 años dependientes	-,568	,413	-,175	-1,373	,174	,8
Hogar con personas mayores dependientes	-,201	,324	-,084	-,622	,536	,9
Cantidad de hogares con servicios EDO o MERCADO	-,606	,957	-,198	-,634	,528	,8
Cantidad de hogares que reciben cuidado no remunerado en salud por personas que no integran el hogar	-,404	,914	-,101	-,442	,660	,9
Nivel Educativo	-,203	,247	-,102	-,824	,413	,9
Hogares con al menos una persona con enfermedad crónica	,467	,644	,197	,726	,471	1,2
Hogares con al menos una persona con enfermedad aguda	,357	,652	,150	,547	,586	1,2
Edad de las y los cuidadoras_es no remunerados en salud	**,448**	**,170**	**,345**	**2,629**	**,011**	**1,4**
Nivel Socio Económico	-,314	,257	-,146	-1,224	,225	,9

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (DS-FCS-UDELAR)

Formulario CNRS

Factum	
13-3901	***18 de Julio 1825 Ap. 501 - 11200 Montevideo*** ***Tel. (5982) 4093644 - Fax (5982) 4093645*** Internet: *www.factum.com.uy* - Correo: *factum@factum.com.uy*

BASE: Base Uruguay
CARÁTULA: Sexo y Fecha de Nacimiento ***(Nacidos antes del 01/06/95)18 años cumplidos***
OTRA CONSIGNA:
Buenos días/tardes, mi nombre es.... y soy encuestador/a de FACTUM, estamos haciendo un estudio para la Universidad de la República a los efectos de conocer el tiempo dedicado al cuidado de otras personas no recibiendo remuneración a cambio. Para eso, ¿podríamos hablar con la persona que realiza y administra las tareas del hogar?, ¿podríamos contar con unos minutos de su tiempo para realizarle algunas preguntas?

AGENDA

MODULO 0					
M1	CUIDENFTEMP	¿Ud. o algún integrante de su hogar participo en el cuidado de salud de alguna persona debido a alguna enfermedad temporal, durante la semana pasada, sin recibir remuneración a cambio? Por enfermedad temporal nos referimos a gripe, fiebre, accidentes, etc. Puede haber sido en su hogar o en cualquier otro lugar fuera de su hogar.	***ÚRE***	Sí……. No…….	1 2
M2	CUIDENFCRO	¿Ud. o algún integrante de su hogar participo en el cuidado de salud de alguna persona por alguna enfermedad crónica o de dependencia permanente, durante la semana pasada, sin recibir remuneración a cambio? Puede haber sido en su hogar o en cualquier otro lugar fuera de su hogar.	***ÚRE***	Sí……. No……	1 2
M3	ACOMINSTSA	¿Ud. o algún integrante de su hogar acompañó, llevó o recogió a alguna persona de una Institución de Salud para recibir atención médica durante la semana pasada sin recibir remuneración a cambio?	***ÚRE***	Sí…… No……	1 2

Si contesta NO en las tres preguntas, hace las preguntas X1, X2, X3 y X4 y pasa a INSE -

PARA TODOS/AS

X1	MIEM	Le voy a pedir algunos datos de los miembros del hogar. ¿Me puede decir quiénes son los miembros que integran este hogar, comenzando con él o la Responsable del hogar. [CE] Se permiten apodos [/CE]			

X2	SEXO	Sexo de cada uno de los miembros del hogar		Hombre…… … Mujer…… ….	1 2
X3	EDAD	Me podría decir la edad de los miembros del hogar..			
X4	PARENT	¿Qué tipo de parentesco tiene cada miembro con el responsable del hogar?		Responsable del hogar…… … Cónyuge (esposo/a compañero/a)… ….. Hijo/a de ambos…. Hijo/a sólo del/a responsable del hogar…… …. Hijo/a sólo de la pareja del/la responsable…… .. Yerno o nuera…….. Nieto/a…… …. Padre/madre, suegro…… ….. Otro pariente…… No pariente……	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
X5	HOGAR	¿Es integrante del hogar?		Sí…… … No…… ..	1 2

MÓDULO 1. TIEMPO DEDICADO A ACTIVIDADES DE CUIDADO DE SALUD NO REMUNERADAS. CONTESTA EL RESPONSABLE CON INFORMACION DE TODOS LOS CUIDADORES DE SALUD NO REMUNERADOS DEL HOGAR

Preg	Variable	Pregunta	Tipo	Respuesta	Cod
P1	REALIZ	A realizado alguna actividad de cuidado de salud, en su hogar o fuera de él, para personas que se encontraban enfermas (temporales o permanentes) o que han acompañado, llevado o recogido a alguien para la atención de su salud durante la semana pasada sin recibir remuneración a cambio?		Sí…… No……..	1 2

Aplicar la tabla siguiente para cada uno de los miembros del hogar identificadas en pregunta anterior.

P2	PARPERSCUIa PARPERSCUIb PARPERSCUIc PARPERSCUId	¿Qué parentesco tiene con la persona que cuida o cuidó?		Relación de parentesco, con integrante del hogar…… Relación de parentesco, fuera del hogar…….. No tiene relación de parentesco …….	1 2 3
P3	INTCUIDa INTCUIDb INTCUIDc INTCUIDd	¿Me podría decir los nombres de las personas que cuida o cuidó ...?			

P4	TIPO	¿Qué tipo de enfermedad o estado de salud tenía...al momento que fue cuidado/a?		Enfermedad crónica o dependencia permanente……. Enfermedad temporal o accidente……..	1 2

¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a los CUIDADOS DE SALUD ESPECÍFICOS como…. [CE] Las horas y minutos son un promedio por día		**Lunes a Viernes**			**Sáb y Dom**		
		Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Min
P5	[CUIDADOR]Ayudó con tratamientos y/o controló síntomas de la enfermedad de **[CUIDADO]** (dio medicamentos, realizar ejercicios, poner sonda, inyecciones, hacer curaciones, masajes, poner crema, desinfectar, controlar pulso, fiebre, nivel de azúcar, dar antifebriles, antibióticos, antidepresivos etc)						
	[CUIDADOR]Fomentó el desarrollo intelectual de [CUIDADO] con enfermedad crónica o dependencia permanente (Lenguaje de señas, leer braile, educación especial).						

¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a los CUIDADOS DE APOYO como…. [CE] Las horas y minutos son un promedio por día	**Lunes a Viernes**			**Sáb y Dom**		
	Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Min

P6	[CUIDADOR]Alimentó y/o cocinó para [CUIDADO] (Dar mamadera, dar alguna de las comidas, cocinar un menú especial, etc.)						
	[CUIDADOR]Higienizó a **[CUIDADO]** (Lavar, bañar, llevar al WC, poner chata, etc.)						
	[CUIDADOR]Organizó o lavó elementos, entorno y/o rutina de **[CUIDADO]** estando enfermo/a (lavado de vajilla y cubiertos, mover muebles, acomodar cama, ordenar, cambiar sábanas, incentivar a comer, incentivar el sueño, etc.).						

¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) al ACOMPAÑAMIENTO como…. [CE] Las horas y minutos son por día		**Lunes a Viernes**			**Sáb y Dom**		
		Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Min
P7	[CUIDADOR]Acompañó y/o entretuvo a **[CUIDADO]** (pasear, dar una vuelta, cine, teatro, ver tv, vigilar el sueño, jugar, leer, etc.)						
	[CUIDADOR]Hizo traslados específicos con **[CUIDADO]** dentro de la vivienda (al patio, al balcón, al baño. Al sillón, etc.)						
	[CUIDADOR]Acompañó a **[CUIDADO]** a controles médicos y/o trámites relativos a la salud y/o recibió visitas médicas en domicilio						
	[CUIDADOR]Acompañó a **[CUIDADO]** durante la internación hospitalaria						

¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a COMPRAS Y OTRAS ACTIVIDADES NO MENCIONADAS? [CE] Las horas y minutos son un promedio por día		**Lunes a Viernes**			**Sáb y Dom**		
		Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Min
P8	[CUIDADOR]Compró medicamentos, alimentos (para menú especial) y/o artículos para el cuidado de la salud de **[CUIDADO]** (muleta, prótesis, etc.)						
	[CUIDADOR] ¿Alguna otra actividad realizada con **[CUIDADO]** que no haya mencionado? CUADRO TEXTO						

MÓDULO 2. CAMBIOS OCURRIDOS DEBIDO A LA REALIZACIÓN DE TAREAS DE CUIDADO DE SALUD NO REMUNERADO. CONTESTA EL RESPONSABLE CON INFORMACION DE TODOS LOS CUIDADORES DE SALUD NO REMUNERADOS DEL HOGAR

P9	MODACT	Ahora, quisiera preguntarle si, en los últimos 12 meses, ¿El hecho de realizar estas actividades de cuidado de salud no remuneradas señaladas anteriormente ha limitado o modificado las actividades diarias de al menos una de las personas del hogar que realizaron actividad de cuidados de salud no remunerados?		Mucho……. Poco…….. Nada***(PASA A P11)***……	1 2 3

P10	ASPECT1a ASPECT1b ASPECT1c ASPECT1d ASPECT1e ASPECT1f ASPECT1g	Por favor, podría indicarme que aspectos de la vida de estas personas (tomadas conjuntamente) se vieron influidos o modificados por el hecho de realizar estas actividades? [CE] Marque todas las que correspondan		***ESTUDIOS/TRABAJO REMUNERADO/INGRESOS*** Dejó de estudiar…… Dejó de trabajar……	 1 2 3

	ASPECT1h ASPECT1i ASPECT1j ASPECT1k ASPECT1l ASPECT1m ASPECT1n			Modificó el número de horas trabajadas……. Comenzó a trabajar más horas desde su casa……. Tuvo que faltar al trabajo.. Afecto la posibilidad de ascender/progresar en el trabajo…… Tuvo que elegir un trabajo que le satisfacía menos pero que era más fácil para cuidar a su familiar…. Disminuyeron sus ingresos..... ***REDES Y RECREACIÓN*** Perdió amigos…….. Disminuyó las horas de recreación, salida con amigos…… ***CONVIVENCIA*** Trajo a vivir a la vivienda al enfermo, accidentado y/o persona que no podía realizar tareas de cuidado de salud por sí misma…….. Fue a vivir a casa del enfermero, accidentado y/o persona que no podía realizar tareas de cuidado de salud por sí misma…….. ***SALUD*** Experimentó cambios negativos en su salud mental y/o física…….	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 97 99

				Otros (especifique) _____ _____ Ninguno…… …… No sabe……	

MÓDULO 3. ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE SALUD IMPLEMENTADA. SOLO SE APLICA UNO POR HOGAR

P11	SALUD	¿Alguna persona que NO es miembro del hogar realizó cuidados de salud específicos durante la última semana de forma remunerada o no remunerada para alguna persona de este hogar?		Sí…… ….. No ……	1 2
P12	APOYO	¿Alguna persona que NO es miembro del hogar realizó cuidados de APOYO específicos durante la última semana de forma remunerada o no remunerada para alguna persona de este hogar?		Sí…… ….. No ……	1 2
P13	ACOMP	¿Alguna persona que NO es miembro del hogar realizó cuidados de ACOMPAÑAMIENTO específicos durante la última semana de forma remunerada o no remunerada para alguna persona de este hogar?		Sí…… ….. No ……	1 2
P14	COMPRAS	¿Alguna persona que NO es miembro del hogar realizó COMPRAS O GESTIONES durante la última semana de forma remunerada o no remunerada para alguna persona de este hogar?		Sí…… ….. No ……	1 2
P15	CUIES1a CUIES1b CUIAP1a CUIAP1b ACOMP1a ACOMP1b COMP1a COMP1b	¿Lo ha hecho de forma remunerada o no?		Sí…… ….. No…… ……	1 2

				Lunes a Viernes			**Sáb y Dom**				
				Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Min		
P16	¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a los Cuidados de Salud Específicos? ¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a los Cuidados de Apoyo? ¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a los Acompañamientos? ¿Qué tiempo POR DÍA le dedicó de lunes a viernes y sábado y domingo (Horas, Minutos, días) a las Compras?										

¿Este hogar ha utilizado los siguientes servicios durante la semana pasada?				SI	NO
P17	SERVACOM	Servicios de acompañantes		1	2
	CENTLARGEST	Centro de larga estadía público o privado		1	2
	CENTDIA	Centro de día		1	2
	CENTINFAN	Centros infantiles públicos o privados donde se realizan tratamientos médicos (clínicas, consultorios específicos, etc.)		1	2

		Lunes a Viernes			Sáb y Dom		
		Nº días	Hrs x día	Min	Nº días	Hrs x día	Nº días
P18	¿Durante cuánto tiempo utilizó Servicio de Acompañantes? ¿Durante cuánto tiempo utilizó Centro de Larga Estadía? ¿Durante cuánto tiempo utilizó Centro de Día? ¿Durante cuánto tiempo utilizó Centros infantiles públicos o privados donde se realizan tratamientos médicos (clínicas, consultorios específicos, etc.)?						

MÓDULO 4 – PARA TODOS/AS LOS/AS CUIDADORES/AS -INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

CONSIGNA: ahora voy a hacerle algunas preguntas personales, para que pueda hacerse el estudio estadístico para cada uno de las personas cuidadoras del hogar.

P19	EDUC	¿CUAL ES EL ULTIMO AÑO DE INSTRUCCION QUE APROBÓ…?	GD	1° Escuela	11
				2° Escuela	12
				3° Escuela	13
				4° Escuela	14
				5° Escuela	15
				6° Escuela	16
				1° Liceo	21
				2° Liceo	22
				3° Liceo	23
				4° Liceo	24
				5° Liceo	25
				6° Liceo	26
				1° UTU	31
				2° UTU	32
				3° UTU	33
				4° UTU	34
				5° UTU	35
				6° UTU	36
				7° UTU	37

				1° Esc. Militar/ Policial 2° Esc. Militar/ Policial 3° Esc. Militar/ Policial 4° Esc. Militar/ Policial 1° Universidad 2° Universidad 3° Universidad 4° Universidad 5° ó más Universidad Universidad TITULADO 1° IPA/ISEF Magisterio 2° IPA/ISEF Magisterio 3° IPA/ISEF Magisterio 4° IPA/ISEF Magisterio Sin Instrucción Dudas Instrucción ----------	41 42 43 44 51 52 53 54 55 56 61 62 63 64 00

P20	ACTACTUAL	¿Actualmente desempeña alguna actividad laboral?		Sí..... .... No ***(PASE A P25)***..... No Sabe / No contesta.....	1 2 9
P21	HRSSEMAN	¿Cuántas horas dedica semanalmente a su actividad laboral?			
P22	ORGHRTRAB	En momentos de enfermedad de familiares, en su trabajo tiene flexibilidad para organizar sus horarios de trabajo como desee?		Sí..... .... *No..... .... No Sabe / No contesta.....*	1 2 9
P23	OCUP	**SOLO PARA ACTIVOS** ¿En su trabajo cuál es la ocupación de?		Asalariado/a privado/a	1 2

				Asalariado/a público/a..... Miembro de cooperativa de producción ..... Patrón/a..... Cuenta propia sin local ni inversión. ..... Cuenta propia con local o inversión ..... Trabajador/a familiar no remunerado ..... Programa social de empleo..	3 4 5 6 7 8
P24	ACTINAC	**SOLO PARA INACTIVOS** ¿ Es....?		Estudiante..... Desocupado/a..... Sólo atiende la casa..... Jubilado/a ó Pensionista..... Otro (especificar) _____ *No Sabe / No contesta.....*	1 2 3 4 9

MÓDULO 5 – INSE

SD3 - BARRIO O LOCALIDAD

	COD

NS1 - ¿Cuántas personas viven habitualmente en este hogar?

1	0 puntos	***SD4***
2 ó 3	4 puntos	
4	4 puntos	
5 o más	6 puntos	

NS2 – Y actualmente, ¿cuántas personas son responsables por el ingreso familiar?

1	0 puntos	***SD5***
2	5 puntos	
3	10 puntos	
4 o más	13 puntos	

NS3 - ¿En cuál de las siguientes instituciones de asistencia a la salud tiene derechos vigentes el jefe o jefa de hogar?

Salud pública (Incluye los hospitales de ASSE, el Hospital de Clínicas, el Área de salud de BPS y las policlínicas municipales. También se incluyen aquí otros servicios como el seguro de ANDA u otros similares)	1	0 puntos	***SD6***
Hospital policial/ Hospital militar	2	6 puntos	
IAMC (MUTUALISTA)	3	9 puntos	
Seguro privado médico	4	10 puntos	
No sabe, No contesta	8		

NS4. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por el jefe o jefa del hogar?

No tiene estudios, primaria completa o incompleta	1	0 puntos	***SD7***
Secundaria completa o incompleta	2	2 puntos	
Enseñanza técnica (UTU o similar) completa o incompleta	3	2 puntos	
Estudios terciarios incompletos (incluye magisterio profesorado, carreras terciarias no universitarias y carreras de grado universitarias, sin tener el título habilitante de ninguna de ellas)	4	4 puntos	
Estudios terciarios completos (incluye magi profesorado, carreras terciarias no universitarias c carreras universitarias de grado y tener el título h al menos alguna de ellas)	5	7 puntos	
Posgrado (requiere tener estudios terciarios completos)	6	10 puntos	

No sabe, no contesta	8		

NS5. ¿El hogar cuenta con servicio doméstico? Nos referimos a una persona que no pertenece al núcleo familiar, realiza las tareas del hogar como limpieza y cocina y recibe a cambio un salario o remuneración…

No	1	0 puntos	***SD8***
Sí, todos los días (5 o más veces a la semana)	2	5 puntos	
Sí, por ahora (menos de 5 días a la semana independientemente de la frecuencia del pago)	3	8 puntos	
Sí, con cama	4	11 puntos	
No sabe, No contesta	8		

NS6. Este hogar, ¿cuenta con …

TV Color	***0***	***1***	***0 puntos***	***SD9***
	1	***2***	***4 puntos***	
	2	***3***	***8 puntos***	
	+ de 2	***4***	***10 puntos***	
Heladera con Freezer	***No***	***1***	***0 puntos***	***SD10***
	Sí	***2***	***6 puntos***	
Auto para Uso exclusivo Del hogar	***0***	***1***	***0 puntos***	***SD11***
	1	***2***	***7 puntos***	
	+ de 1	***3***	***11 puntos***	
Baños	***1 o ninguno***	***1***	***0 puntos***	***SD12***
	2	***2***	***4 puntos***	
	+ de 2	***3***	***9 puntos***	

	Resultado de

A+	***65-100 puntos***

A-	***52-64 puntos***
M+	***43-51 puntos***
M	***36-42 puntos***
M-	***30-35 puntos***
B+	***21-29 puntos***
B-	***0-20 puntos***

BLOQUE ZZ - NOMBRE