

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Feminización del envejecimiento

Dahiana Nogueira
Tutora: Sandra Sande

2015

INDICE

Introducción.....	2-3
Justificación.....	3-8
Capítulo I: Vejez, Género, Cuidados y Familia.....	9-25
Capítulo II: Feminización del Envejecimiento.....	26-32
Capítulo III: Sistema Nacional Integrado de Cuidados.....	33-40
Aportes y Reflexiones.....	41-45
Bibliografía y Fuentes.....	46-48
Anexos.....	49-63

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento responde a la tesis de grado para la obtención del título de la Licenciatura en Trabajo Social correspondiente a la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El área temática es la concepción y perspectiva de la feminización del envejecimiento desde los lineamientos fundamentales que sustenta teóricamente el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), presentando como problema de investigación: ¿Cuál es, hoy en día, la perspectiva acerca de la feminización del envejecimiento desde la óptica de la sociedad y el Sistema Nacional Integrado de Cuidados?

El objetivo general será, identificar la relación entre la feminización del envejecimiento y la propuesta del SNIC, mientras que los objetivos específicos serán:

- indagar acerca de las principales características y consecuencias de la feminización del envejecimiento desde la perspectiva de cuidados,
- conocer la concepción que se tiene en la sociedad sobre el cuidado en general, y específicamente de adultos mayores
- observar las principales diferencias de género en los adultos mayores, visualizando la sobre vida que tienen las mujeres.

La idea central del trabajo es identificar la relación entre la feminización del envejecimiento y la propuesta del SNIC, observar y estudiar las principales características y consecuencias de la feminización del envejecimiento desde la perspectiva de cuidados. Se observarán las principales diferencias de género en los adultos mayores, la sobre vida que conllevan las mujeres, así como la calidad de vida de éstas en edades avanzadas, siendo el género femenino el que predomina en la población envejecida, esto como una de las hipótesis del trabajo.

Se tomarán aportes del SNIC, su propuesta, sus lineamientos y principales objetivos, así como los resultados obtenidos en el censo del 2011, donde se observara el envejecimiento demográfico. Las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres, como hipótesis, esto favorece la sobrevida cuando viven en pareja y pone a las mujeres en mayor riesgo de viudez. Como otra hipótesis se combinará género y

edad con el objetivo de observar el tipo de vida que llevan las mujeres, reconociendo que el envejecimiento femenino es muy distinto al masculino, implicando un doble riesgo para las mujeres debido a su edad y su género.

El trabajo está basado en el análisis de documentos del SNIC, observando y analizando su recorrido desde la propuesta inicial hasta el presente. Por lo tanto la unidad de análisis serán los distintos documentos e informes del Sistema. El documento estará dividido en capítulos. En la primera parte se expondrá su justificación, luego se desarrollan los capítulos pertinentes, y finaliza con los aportes que surgen del presente trabajo y las reflexiones de la autora. El primer capítulo constara de las categorías que serán claves para entender y desarrollar el trabajo, éstas serán: vejez, género, familia y cuidados. El segundo tratará de la feminización del envejecimiento, sus características y consecuencias principales desde la óptica de cuidado, siempre desde una mirada de género donde la mujer es la principal protagonista de los cuidados tanto fuera como dentro de hogar, y el tercer y último capítulo dará cuenta de los lineamientos generales que sustentan al Sistema Nacional Integrado de Cuidados, su propuesta, el avance en su construcción y sus principales objetivos.

Por último se expondrán los aportes y las reflexiones de la presente investigación para el Trabajo Social.

JUSTIFICACIÓN

El tema elegido para la tesis de grado es la feminización del envejecimiento desde la óptica de los cuidados en los adultos mayores. Se considera que es un tema que nos involucra a todos como sociedad y que cada vez tiene más peso debido al aumento de la población envejecida en nuestro país. Si bien se ha avanzado en materia de envejecimiento y políticas del cuidado aún quedan muchas cosas por hacer para mejorar el cuidado de los adultos mayores y sobre todo la calidad de la formación de los cuidadores, quienes son responsables de dicha tarea y no cuentan con el valor social y económico que deberían. Tomando aportes de Aguirre y Batthyány (2005) se observa que la mayor parte del cuidado en general y en específico, de los adultos mayores, niños

y personas en situación de discapacidad, es brindado por las mujeres de la familia, que además de realizar las tareas del hogar y trabajar fuera de éste, realizan las tareas de cuidado.

A lo largo de la historia, con el paso del tiempo, la familia y sus funciones se han ido modificando, la mujer comienza a insertarse en el mercado de trabajo, deja de ser ama de casa únicamente encargada del cuidado del hogar y sus integrantes y comienza a tener aspiraciones personales, como estudiar, trabajar para obtener su propio sustento económico, etc. Estos cambios hacen que la mujer comience a tener una doble jornada, una remunerada y la otra no remunerada, ya que trabaja fuera del y a su vez sigue siendo quien se encarga, en mayor medida, de las tareas de la casa y los cuidados de sus integrantes. (Batthyany, 2015) A partir de estos cambios y de los cambios demográficos que surgen en nuestro país, es que la temática cuidado se pone en un primer plano para integrar políticas públicas que deben ser creadas con el fin de mejorar esta tarea y capacitar a los cuidadores/as quien son la principal pieza a la hora de pensar en los cuidados que se brindan a los adultos mayores. Si bien siempre fue la familia quien se encargaba de esto, también comienzan a surgir instituciones públicas y privadas que llevan a cabo las tareas de cuidado en la vejez. Todos podemos brindar cuidados a nuestros adultos mayores pero ninguno de nosotros está realmente capacitado para realizar todas las tareas que requiere un buen cuidado. (Aguirre y Ferrari, 2014)

Uruguay se coloca dentro de los países más envejecidos de América Latina siendo esto un punto clave para crear políticas públicas que giren entorno a los cuidados con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. No olvidemos que la mayor parte de nuestros adultos mayores son mujeres, y en esta etapa muchas de ellas sigue brindando cuidados, ya sea de sus nietos o mismo de su pareja, personas en situación de dependencia. (Aguirre y Ferrari, 2014) Según datos del censo 2011 hay una mayor cantidad de hogares unipersonales femeninos, 54.06%. Asimismo, esto implica problematizar el cuidado es de la perspectiva de la familia, ya que existen grandes diferencias en el tiempo que dedican hombres y mujeres a esta tarea (Aguirre y Ferrari; 2014) Cabe resaltar que esto es una manifestación que se da en todas las sociedades sin importar el nivel de desarrollo que tengan los países. *“La información del módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares de 2007 ha constituido un insumo invaluable para el avance del conocimiento sobre las*

desigualdades de género en el uso del tiempo y la división sexual del trabajo doméstico y de cuidados. Los indicadores elaborados a partir de esta fuente se han constituido en una herramienta política, utilizada por organizaciones y redes de mujeres, actores políticos y agencias internacionales, para presentar fuertes evidencias empíricas sobre las desigualdades sociales y de género que pueden ser visibilizadas a través del uso del tiempo en el trabajo que se realiza por fuera del ámbito mercantil. Han sustentado el reconocimiento de la necesidad de elaborar políticas públicas e impulsar cambios en los contratos de género entre mujeres y varones.” (Aguirre y Ferrari, 2014; 14)

Siguiendo con esta línea, es sabido que a lo largo de la historia, en nuestro país, gran parte de las necesidades de cuidado no fueron satisfechas por el Estado. Consecuencias como la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la crisis económica y los cambios dentro del Estado, han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, ocasionando una gran carencia de cuidado a la cual, a las viejas necesidades de cuidado, se agregan las nuevas necesidades en dicho ámbito. En la sociedad uruguaya se produce un cambio histórico en el año 2005, por primera vez una unión de izquierda, el Frente Amplio, accede al poder con la presidencia de Tabaré Vázquez. Esto sucede en el marco de la crisis económica que vivió el país en el año 2002 la cual deterioró las condiciones de vida y de trabajo de muchos sectores de la población.

“Desde esa fecha hasta la actualidad, los esfuerzos han estado orientados hacia la promoción y restitución de derechos de grupos de población que históricamente se han encontrado en una situación de inequidad en el acceso al bienestar y la protección social. El nuevo gobierno desplegó una agenda social que buscó atender la situación de crisis y transformar la matriz de protección social vigente. Se creó el Ministerio de Desarrollo Social en 2005 con el cometido de implementar y monitorear los programas de atención del Estado y coordinar las prestaciones sociales del sistema.” (Aguirre y Ferrari, 2014; 8). Uruguay presenta una demanda de cuidado mayor a la de la población que hay disponible para satisfacer dicha demanda. En el año 2005 también se instaló el Gabinete Social constituido por los titulares de los principales ministerios del área social. Para el 2006 ya se crea el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES) con el objetivo de atender a las familias de menores ingresos (particularmente, la ley se enfocaba en el primer quintil de población pobre). A su vez se pusieron en funcionamiento un conjunto de iniciativas como: la Reforma Tributaria

(2007), la Reforma de la Salud (2007) y un aumento del presupuesto para la educación (2008).

En el año 2008, finalizado el PANES (pensado como un programa transitorio), se dio comienzo al Plan de Equidad, *“iniciativa sistémica que integra un paquete de políticas públicas y proyectos de ley dentro de dos componentes, uno referido a reformas estructurales en el sistema de protección social como la reforma de la salud y otro que buscaba la implementación de políticas focalizadas.”* (Aguirre y Ferrari, 2014; 8). A partir del año 2008 surge el cuidado como problema público en nuestro país y se incluye en la agenda política y en el programa de gobierno.

En el segundo gobierno de izquierda (2010-2015), con el presidente José Mujica, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se concentra en ampliar programas que estaban focalizados en los sectores más vulnerables. Fundamentalmente se incluyó a la agenda institucional las políticas de cuidado como parte del modelo de protección social, ampliando su concepto, incorporando a las personas en todas las etapas de su vida. De esta forma se asegura el acceso a la salud, la vivienda, la educación y la seguridad social.

En el Uruguay, la política de cuidados está en proceso de construcción y como toda política pública debe considerar diversos intereses que se presentan en las diferentes etapas de su elaboración.

La categoría género ocupa un lugar central en la elaboración del presente trabajo y es fundamental en su justificación, ya que él mismo fue elegido apuntando a las desigualdades de género que se hacen presente, cada vez en mayor medida, en nuestra sociedad. Es fundamental considerar estas desigualdades y las relaciones de género dentro del proyecto del SNIC, el cual cubrirá las necesidades de la niñez, las personas adultas mayores y de las personas en situación de discapacidad, además se agrega un cuarto grupo que son las personas que desempeñan las tareas de cuidado. Por lo tanto este sistema deberá atender nuevos derechos en base a determinados servicios y prestaciones dirigidas a fortalecer y favorecer el desarrollo y la autonomía de estos cuatro grupos de población.

“La posibilidad de crear pactos sociales con un foco en la igualdad y la protección social implica elaborar políticas públicas a través de un proceso entendido como un ciclo sucesivo de etapas con incidencia y protagonismo de múltiples actores, que fundamentalmente se basen en acuerdos y consensos amplios a nivel social y político

sobre un área de acción específica y que, además, propongan un conjunto de acciones, iniciativas, programas y reformas que busquen reducir las brechas y desigualdades identificadas.” (Aguirre. R, Ferrari. F, 2006; 9)

Hoy en día la temática acerca de los cuidados de las personas dependientes tiene un peso cada vez mayor para nuestra sociedad, siendo el país más envejecido de la región, es fundamental y tarea de todos comprender porque surge que dicha temática sea instrumento para la elaboración de la política pública de cuidados en el Uruguay. Dicha política tendrá como uno de sus objetivos principales la corresponsabilidad de los cuidados entre las familias, el Estado, el mercado, la sociedad civil y a su vez entre mujeres y varones con el fin de contemplar a los grupos más vulnerables, particularmente niños, adultos mayores y personas en situación de discapacidad.

En este documento se hará especial énfasis en los cuidados de las personas adultas mayores ya que el envejecimiento de la población genera mayor cantidad de personas que necesitan ser cuidadas. En el Uruguay existe una generación de mujeres de 60 años y más que no están insertas en el mercado laboral remunerado (por ejemplo, las amas de casa) y que, de alguna u otra manera, ya sea como abuelas u otros vínculos, atienden las necesidades de cuidado insatisfechas. La inclusión de la categoría género en la elaboración de las políticas de cuidado se basa en expresar las acciones que se llevarán a cabo sobre la desigualdad de género antes mencionada, considerando los resultados para progresar hacia la igualdad en la división sexual del trabajo a través de la redistribución de las responsabilidades, tiempos dedicados al cuidado y el reconocimiento del valor de ese trabajo.

Existen varios artículos y trabajos sobre la feminización del envejecimiento en los diferentes países de América Latina, demostrando que el envejecimiento poblacional avanza en la mayoría de los países y es feminizado. Por ejemplo en marzo de 2014 la Red Latinoamericana de Gerontología de Chile publicó el artículo: *“Feminización del envejecimiento y de su atención: hacia la instalación del cuidado como un derecho”*, aquí se exponen las características de las sociedades envejecidas y como esto toma una mirada femenina. Se puede apreciar en el mismo la relación entre vejez y cuidados, se expresa como el cuidado se ha convertido en un tema central para cualquier sociedad actual que se encuentra en proceso de cambio y envejecimiento. También se expresa como los cuidados con el paso del tiempo continúan siendo una tarea femenina, y se

plantea la preocupación de las condiciones de los cuidados, las herramientas disponibles, y la salud física y psíquica de las cuidadoras. Plantean, al igual que en Uruguay, la necesidad del derecho al cuidado, de que se implementen políticas públicas entorno al cuidado y a la vejez, con una mirada de género.

En Colombia también se publicó un artículo, en julio de 2013, para hablar sobre dicha temática y hacerla visible. El mismo se llamó: “*La feminización del envejecimiento en Colombia: la vejez con ojos de mujer*”, aquí también se analizó la predominancia de mujeres en la población de los AM y las diferencias de género que presentan en comparación con los hombres de su misma edad. Diferencias que no cambian de manera rotunda de un país a otro, sino que por el contrario todas las sociedades viven las mismas consecuencias y presentan desigualdades de género en los AM así como vulnerabilidad en el ejercicio de sus derechos como ciudadano.

También hay referencias sobre la temática en diarios argentinos como por ejemplo el Diario Córdoba que hace unos años publica un documento acerca de la vejez con mirada femenina, exponiendo que uno de los rasgos que caracteriza a la vejez en las sociedades es el proceso de feminización. En España se han encontrado algunos trabajos sobre lo ya dicho, uno es “*Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España*” donde se desarrollan la mayoría de los puntos que se expondrán en el trabajo a continuación, y que la mayoría de los documentos encontrados ponen en cuestión. Por lo tanto seguimos sumando trabajos, análisis, ideas, sobre la feminización del envejecimiento con importante relación con los cuidados, tanto para quienes necesitan ser cuidados por diferentes motivos y para quienes brindan los cuidados que juegan un rol fundamental para lograr hacer efectivos los derechos de ambos.

CAPITULO I

VEJEZ, GÉNERO, CUIDADOS Y FAMILIA

En el presente capítulo se desarrollarán las categorías que se consideran fundamentales para el análisis de la monografía final. Dichas categorías fueron escogidas de acuerdo a la temática planteada con el fin de lograr los objetivos propuestos para este trabajo, las mismas estarán presentes a lo largo de todo el documento.

La primera categoría a desarrollar será vejez.

El envejecimiento es un proceso biológico pero a su vez es un proceso diferente en cada persona. Si se considera al individuo como una unidad biopsicosocial, sabemos que cada uno de estos elementos influye en el proceso de desarrollo vital del ser humano y, por tanto, el envejecimiento será producto de su interacción. Tomando aportes de Ludi se entiende a la vejez como *“una construcción socio-cultural, sobredeterminada por dimensiones contextuales socio-económico-político-culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y emocionales (...)”* (Ludi, M.; 2005: 32)

Ludi propone abordar el concepto vejez a partir de dos aspectos, la construcción social que abarca sus representaciones, sus manifestaciones y su institucionalización en la realidad social, y la condición humana, ésta como proceso de envejecimiento determinado en un momento socio-histórico y que da cuenta de cada persona en particular. Concebir la vejez desde la cotidianidad y la historia personal de cada uno.

Al conceptualizarla debemos hacer referencia necesariamente a diversos aspectos: cronológico, biológico, psicológico y social. Desde el punto cronológico, la misma se define en base a los años vividos. La edad es un aspecto relevante ya que define posibilidades de acceso a recursos y programas destinados a los AM. El aspecto biológico concierne a los cambios suscitados en el organismo, vinculado con el deterioro de las capacidades físicas. En tanto la edad psicológica se asocia a las experiencias que influyen sobre la personalidad, como ser las emociones, expectativas y la percepción e imagen del propio cuerpo. Finalmente la edad social alude a los roles

ejercidos o que se pretenden ejercer dentro del colectivo social, determinando éstos el posicionamiento de los AM tanto en la sociedad como al interior de la familia. (Ludi, 2005) Todas éstas dimensiones se interrelacionan entre sí, influyendo unas sobre otras, ejemplo de ello se observa en que la condición física o psíquica afecta las conductas de los mismos. Siendo en definitiva lo más relevante lo que cada sujeto piensa sobre sí mismo. “...un anciano no se siente nunca un anciano. Comprendo por los otros lo que implica la vejez en quien la mira desde afuera, pero no siento mi vejez.” (Sartre, Jean Paul en Mishara, B y Riedel, R, 1996: Pág.13).

El proceso de envejecimiento “(...)es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida (...) El mismo se define como un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurre a través del tiempo”. (Sánchez; 2000: 33). Resulta determinante entonces pensar cómo cada sujeto se ubica en el proceso de envejecimiento, como lo entiende y lo vive, la forma en que internaliza y a su vez cuestiona el imaginario social sobre la Vejez, para reelaborarlo, superando así prejuicios existentes. El envejecimiento es particular en cada individuo, no habiendo uno igual a otro, sino infinitas vivencias que caracterizan a cada sujeto en el transcurso de dicho proceso, de acuerdo a los recursos y herramientas que haya acumulado en el transcurso de su vida, además de los factores externos de éstos.

En el transcurso de la vejez, en su proceso, se presentan cambios en el ser humano que son inevitables. Estos cambios son parte del proceso de envejecimiento y están dentro de lo social, biológico y psicológico que rodea al individuo en esta etapa. En general se considera al envejecimiento biológico como una reducción en la competencia fisiológica o como un aumento en la vulnerabilidad a los cambios ambientales, cambios en la apariencia, pérdida de determinadas habilidades, cambios que son degenerativos y afectan la parte biológica del adulto mayor. Si bien es cierto que el envejecimiento trae consigo cambios biológicos y limitaciones de la capacidad funcional, Pinillos (1994) plantea que “la vida humana no sólo es biológica, sino que además es biográfica e histórica” (LIMÓN, 1997: 294). Cada adulto mayor vive no sólo físicamente, sino que también desarrolla su vida en el ámbito psíquico y social, lo cual le permite vivir, a pesar de sus limitaciones, una vida plena, con sentido. En este caso la razón, la afectividad y las relaciones sociales son aspectos fundamentales de la vida humana. “Teniendo en cuenta el aspecto más personal y psicológico, puede ser una etapa de

integridad, de maduración personal, serenidad y sabiduría, es decir de autorrealización según la perspectiva humanista.”(Bauzá, 1999: 52). Se puede decir que, de alguna manera, son las sociedades las que condicionan la calidad de vida de los adultos mayores y como éstos desarrollan y confrontan esta etapa. Es así que podemos decir que la vejez es una construcción social y es definida de diferente manera por cada sociedad. Para reforzar estos aportes tomemos ideas de “Simmons (1969), *la vejez se refiere más a un acontecimiento social que a unas características fisiológicas, es decir, la vejez empieza cuando un grupo social o sociedad de la que forma parte lo reconoce como una persona vieja, produciéndose una situación en que la edad social que se estipula como determinante del inicio de la vejez nada tiene que ver con la edad cronológica.*” (Bauzá, 1999: 52)

Desde hace ya varios años en América Latina y el Caribe se produce un lento pero inevitable proceso de envejecimiento. Dicho proceso se caracteriza por ser generalizado ya que todos los países de la región se están convirtiendo, a diferente ritmo, en sociedades envejecidas. A su vez presenta dos características fundamentales que generan una gran preocupación. Por un lado el envejecimiento se ha producido más rápido que el -históricamente- registrado en los países desarrollados, y por otro éste proceso se desarrolla en un contexto caracterizado por un alto grado de pobreza, una marcada desigualdad, escasa calidad y cobertura de los sistemas de protección social, bajo desarrollo institucional, y una gran sobrecarga de la familia que es quien se encarga (la mayoría de la veces) de atender las necesidades de las personas adultas mayores. Con el paso del tiempo los derechos de los AM han ido tomando mayor importancia para los gobiernos, han comenzado a incluirse en su agenda pública, creando mejores sistemas de protección, sin olvidar que aún falta mucho por hacer respecto a sus derechos y hacer valer los mismos. “*Los Estados deben promover el pleno goce de los derechos de las personas mayores, creando las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan el desarrollo íntegro de la persona humana. En este sentido, un país no solo debe abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino que además, debería realizar prestaciones positivas, es decir, adoptar medidas administrativas y legislativas para que el ejercicio de esos derechos no sea ilusorio.*” (Huenchuan, 2009; 33) Una suma importante de países de la región cuenta hoy en día con una legislación que protege e impulsa los derechos de los

AM, entre ellos se ubica Uruguay con la ley 17.796, Promoción Integral de los Adultos Mayores. (VER ANEXO I)

Hoy en día los países de la región (entre ellos Uruguay) han creado y adoptado ciertas leyes que protegen y constitucionalizan los derechos de las personas mayores, siendo esto un gran avance hacia una nueva matriz de protección social. En cierta medida se han incluido en el plano legal los derechos de los AM y sumado a esto se ha avanzado en el compromiso del Estado y de la sociedad para hacer efectivos dichos derechos. Sin embargo, en la práctica aún no se han ajustado las políticas públicas al reciente panorama demográfico que viven la mayoría de los países. *“El envejecimiento de la población irá imponiendo nuevos y mayores retos, por lo que el ámbito de protección legal, en este escenario, será efectivo solo cuando los derechos establecidos en la ley tengan cobertura real y protejan realmente a sus titulares.”* (Huenchuan, 2009; 40). En nuestro país a fines del siglo XIX y principios del XX se vive el proceso de la transición demográfica avanzada, convirtiéndolo en uno de los países más envejecido de Latinoamérica. *“En el año 1950, Uruguay era el único país de América Latina y el Caribe clasificado en estado de transición demográfica avanzada.”* (Rodríguez y Rossel, 2009; 30) La transición demográfica se define como un proceso por el cual se pasa de un régimen demográfico de equilibrio, con altos niveles de natalidad y mortalidad, y crecimiento pequeño, a otro régimen también de equilibrio y crecimiento reducido, pero con niveles bajos de mortalidad y natalidad. Tomando aportes de Huenchuan (2009) se visualiza que dicha transición engloba varias etapas. Una primera etapa caracterizada por altas tasas de natalidad y mortalidad, lo que provoca bajo crecimiento poblacional. La segunda presenta un descenso de la tasa de mortalidad y la natalidad continua en crecimiento, lo que genera crecimiento demográfico. Una tercera fase caracterizada por bajas tasas de mortalidad y de natalidad produce bajo crecimiento de la población, y se la denomina “transición avanzada”. La autora toma aportes de Chackiel (2004), Schkolnik (2007) y Villa y González (2004) para referirse a una etapa de postransición en la cual las tasas de natalidad descienden por debajo de la mortalidad, generando tasas muy bajas y por lo tanto negativas de crecimiento poblacional. Se observa cómo los países de la región se perfilan cada vez más hacia etapas avanzadas de la transición demográfica, siendo las tasas de natalidad y mortalidad mucho más bajas en comparación con otros años. Resumiendo las ideas anteriores, *“Los cambios en la fecundidad y la mortalidad que se han registrado en los países de la región –independientemente de la intensidad y del tiempo que ha tomado-*

conllevaron profundas transformaciones demográficas, que han derivado en la disminución del crecimiento de la población y un progresivo envejecimiento de la estructura por edad.” (CEPAL, 2004)

Para continuar y reforzar la categoría vejez se tomarán aportes de Ludi, en su libro *Envejecer en un contexto de (des)protección social*. Quien retomando a Leopoldo Salvarezza (2005), expresa que la vejez es una temática conflictiva tanto para quien lo vive como para quienes los rodean, ya sea la familia, los profesionales como los médicos, trabajadores sociales, sicólogos, etc. Según sus aportes, la mayoría de la población tiene conductas negativas hacia las personas adultas mayores, algunas de ellas de forma inconsciente (Salvarezza, 2005) pero la mayoría de las veces de manera consciente y activa. La población vieja es discriminada y segregada del resto de la población por parte de la sociedad, si bien esto ha ido cambiando a lo largo del tiempo, es un aspecto de las sociedades que se sigue dando y lleva tiempo y dedicación modificarlo. Por lo dicho anteriormente, Salvarezza da la denominación de “*viejismo*”. “*El autor traduce este término utilizado por Robert Butler (1970), quien refiere a que (...) el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro.*” (Ludi, 2005; 27) De aquí nace la segregación y exclusión de los AM por parte de la sociedad, específicamente de los jóvenes, el no querer sentirse viejos, ver lo que en un futuro serán, por eso se tiene a la vejez alejada, discriminada. Es así que llegamos a la vejez sin saber cómo asumirla, porque tomamos una actitud negativa en los años previos que no nos permite visualizar como será nuestra propia vejez, no conocemos los deseos de los AM, sus necesidades, los roles que asumen en la sociedad, etc. De aquí que Ludi plantea la necesidad de luchar contra el imaginario social de ser viejo, el cual se construye de manera colectiva en la sociedad, dándole paso a los prejuicios y la discriminación. Tomando ideas de Simone de Beauvoir, Ludi dice: “*<viejo> igual a pasivo, dependiente, enfermo; de allí que el <llegar a viejo> sea visto como algo feo, doloroso, desolador, de allí la discriminación, los prejuicios.*” (Ludi, 2005; 30)

Hoy en día se visualiza una gran predominancia femenina en la población envejecida. Esta “supervivencia” femenina en edades avanzadas se caracteriza por enfermedades,

pobreza, dependencia, soledad e institucionalización (en la mayoría de los casos). Se ve amenazada su calidad de vida, siendo el género una variable estratificadora de la situación socioeconómica en la vejez, esto se origina en la división sexual del trabajo. (Batthyany; 2010) Siguiendo con los datos demográficos, se puede decir que la mortalidad masculina es mayor que la femenina, lo que significa mayor esperanza de vida en las mujeres. Uruguay se coloca dentro de los países más envejecidos de la región y esto obedece a tres causas: baja tasa de fecundidad (menos de 2 hijos por mujer), aumento de la esperanza de vida, y la emigración que sufrió el país a partir del año 1960. Huenchuan (2009) plantea que de estos cambios el más significativo para nuestro país y los demás de la región ha sido el agudo y permanente descenso de la fecundidad, lo que genera grandes diferencias en la estructura por edad de la población, factor determinante del proceso de envejecimiento. Uruguay y Argentina fueron los primeros países que presentaron una importante disminución en la tasa de fecundidad debido a un significativo desarrollo social y económico que ambos países vivieron en la primera mitad del siglo XX. El envejecimiento población se define como el sucesivo aumento de las personas de 60 años y más. *“Tal fenómeno redundo en una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos –una pirámide con base amplia y cúspide angosta– se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, con posterioridad, a la inversión de su forma inicial –una cúspide más ancha que su base–“* (Chesnais, 1990 en Huenchuan, 2009; 52). Este envejecimiento de la población de 60 años y más requiere cada vez en mayor medida apoyo familiar, institucional y médico. Es así que es fundamental tener en cuenta a los adultos mayores al momento de diseñar políticas públicas, debido a los cambios que suceden en la estructura por edad. El número y peso de personas de 60 años y más se han incrementado continuamente en los últimos años en nuestro país, afectando dicho envejecimiento principalmente a las mujeres en edades avanzadas. Si bien somos el país más envejecido de la región, el envejecimiento es un proceso que se da a nivel mundial y de manera cada vez más acelerada, por lo tanto es indispensable pensar en políticas hacia este grupo etario, políticas que dejen de ser focalizadas y escasas como las actuales y que se amplíen a los AM más vulnerables que son quienes hoy en día se encuentran más descubiertos en este ámbito. Políticas que sean pensadas desde las familias, la sociedad y principalmente el Estado que es el encargado de ejecutarlas, políticas que sean inclusivas y que tengan en cuenta las condiciones de las personas adultas mayores, sobre todo aquellas que viven en soledad y que no cuentan con apoyo

de familiares. Sumado a esto tener en cuenta que se debe capacitar a las familias y a los cuidadores, en su mayoría informales, para poder realizar las tareas de cuidado requeridas para los AM ya sea en situación de dependencia o no, sin olvidar que con la propuesta del SNIC ya se están realizando cursos de capacitación para los cuidadores. *“Es indispensable que el envejecimiento de la población no sea un asunto circunscripto únicamente a la actual generación de personas mayores. (...) Lo esencial, desde esta perspectiva, es determinar cómo avanzar hacia la construcción de sociedades más cohesionadas, democráticas e incluyentes.”* (Huenchuan, 2009; 21)

Hoy en día en América Latina y el Caribe por cada 100 hombres hay 121 mujeres de 60 años y más, lo que responde a lo anteriormente dicho de que el envejecimiento afecta en mayor medida al género femenino. Por lo tanto la brecha entre hombres y mujeres crece a medida que el envejecimiento poblacional avanza. Según datos recabados del libro de Sandra Huenchuan, *“Envejecimiento, Derechos Humano y Políticas Públicas”*, los censos aplicados en el año 2000 nos muestran que Uruguay, Argentina y Chile presentan los índices más elevados de feminidad en los AM. Por lo tanto es fundamental abordar en este trabajo la categoría género, estrechamente relacionada a la vejez, siendo las mujeres quienes sufren de forma especial dicho proceso. Los problemas de las mujeres en edades avanzadas se agudizan por su vida previa cargada de desigualdad y exclusión social. Su mayor esperanza de vida hace que muchas de ellas enviuden y vivan situaciones de abandono y soledad, en mayor medida que los hombres quienes, en la mayoría de los casos, finalizan sus días junto a su pareja. A esto se le suma que por lo general las mujeres adultas mayores llegan a esta etapa con grandes desventajas sociales y económicas ya que en su trayectoria de vida, en el ámbito laboral perciben menos ingresos que los hombres. Si bien esto es algo que con el paso del tiempo ha ido cambiando con la incorporación, cada vez mayor, de la mujer al mercado laboral, aún hoy siguen estando presentes las brechas salariales entre hombres y mujeres. A pesar de esto las mujeres mayores en la etapa de la vejez desempeñan un rol importante en la familia, ya sea ayudando en la crianza de los más chicos, de las personas en situación de discapacidad, como jefas de hogar, etc. resaltando que en muchas ocasiones son la única herramienta de cuidado que posee la familia y la sociedad. Dicho rol no es asumido por el género masculino en esta etapa de la vida. (Huenchuan; 2009)

A continuación se desarrollara la categoría género, analizando brevemente la historia de dicha categoría para luego entender su papel fundamental dentro de los cuidados y del proceso de envejecimiento.

Retomando un poco de historia, con aportes de De Barbieri (1990), el término género en la década de los 70 se utilizaba para significar la construcción cultural y no el principio biológico de la desigualdad entre mujeres y hombres, además de la dominación de los hombres sobre las mujeres. Las feministas de este época utilizaban el concepto de género para hacer referencia a las importantes desigualdades que existían entre hombres y mujeres, pero más aun haciendo hincapié en la dominación. Para ellas las relaciones no dependían del carácter biológico sino que trataban de demostrar que las identidades socio-simbólicas designadas a las mujeres en sus relaciones con los hombres en la sociedad no eran de carácter biológico sino cultural y que por lo tanto era posible su transformación ya que las mismas son variables dependiendo de la sociedad y de su cultura. Según Scott *“el género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos y una manera de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana.”* (Scott, J, en Lamas, M, 1996) Se lo coloca así como un elemento constitutivo de las relaciones sociales las cuales se basan en las diferencias sexuales, a la vez que también forma parte fundamental de las relaciones de poder donde se destaca la dominación del hombre sobre la mujer en los diversos ámbitos de la sociedad. Es así que vemos que los cuidados, en su mayoría, son brindados por la mujer, ya sea en el ámbito del hogar o en las instituciones, sean cuidados personales de algún familiar o como enfermeras o acompañantes en alguna institución. Para comprender esta, y las diversas formas de dominación masculina, se debe tener en cuenta los sistemas de sexo/género. Estos son conjuntos de prácticas, representaciones, símbolos, valores y normas que las sociedades construyen a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que a su vez otorgan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre los individuos. Siguiendo en esta línea, decir que el género se construye a partir de cuatro puntos fundamentales: la identidad, las organizaciones e instituciones de la sociedad de las relaciones de género, los mitos y símbolos de la cultura, y por último las doctrinas tanto políticas, religiosas, educativas, legales, etc. Los roles de género, como ya se mencionó, han ido cambiando a lo largo de la historia y son distintos en cada sociedad, en cada cultura. Si bien la mujer siempre ha sido la encargada del hogar, de los cuidados de sus integrantes, hoy en día con su

incorporación al mundo laboral esto ha ido cambiando, se han ido modificando las pautas de nuestra sociedad y el hombre es también proveedor de cuidados en cierta medida. Ya los hogares no se conforman por el hombre trabajador y la mujer ama de casa, sino que ambas tareas se combinan, así como también existen en gran medida los hogares monoparentales con jefatura femenina. Si a esto le agregamos la vejez como categoría vinculada al género, la edad contribuye a entender la vida de las mujeres, reconociendo que el envejecimiento femenino es muy distinto al masculino, implicando un doble riesgo para las mujeres debido a su edad y su género.

Lo planteado anteriormente se vincula frecuentemente con la pobreza de forma multidimensional debido a las desigualdades que sufren las mujeres a lo largo de la vida. *"Desde esta perspectiva, el género como variable estratificadora de la situación socioeconómica en la vejez tiene su origen en la división sexual del trabajo, debido a que el rol de las mujeres en la reproducción social limita sus oportunidades de emplearse remuneradamente, limita los logros educacionales y la adquisición de conocimientos prácticos."* (Stone, 1999 en Huenchuan, 2010: 19). De esto se desprende que cuando ingresan al mercado laboral obtienen puestos con bajas remuneraciones y de menor estatus que el hombre, lo cual se traduce en desventajas sociales y económicas, generando desigualdades en la vejez. Sin olvidar que las mujeres comienzan a insertarse en el mercado de trabajo en un periodo donde las condiciones laborales no eran las más favorables, existía un alto grado informalidad y precarización, y a su vez los sistemas de seguridad social se encontraban en plena reforma. Huenchuan (2010) plantea que existe una floja perspectiva de género en las políticas públicas, lo cual en parte demuestra que durante la vejez la protección social en América Latina es mucho menor para las mujeres.

La estructura básica de la sociedad se basa en la división de los individuos según el sexo, determinando características psicológicas, expectativas y normas sociales distintas a cada integrante de la sociedad. Baúza en su artículo *"Vejez, representación social y roles de género"* plantea que existe otra norma de organización social que es la edad, estrechamente relacionada también al género. La edad social, biológica y cronológica está cargada de significado sexual lo cual hace a las diferencias entre hombres y mujeres. *"En el prólogo a la edición española del libro Relación entre género y envejecimiento se señala que <El significado social de la edad está profundamente*

marcado por el género. No. No es lo mismo ser mujer mayor que hombre mayor>” (Freixas, 1996: 7 en Baúza, J.; 1999; 51). Por lo tanto podemos deducir que, las mujeres son las principales protagonistas del envejecimiento, ya que son mayoría entre los AM y tienen una expectativa de vida mayor que la de los hombres. Una de las principales consecuencias de esto es la viudez, es el estado civil de la mayoría de las mujeres de 60 años y más. Por lo tanto los hombres suelen pasar sus últimos días junto a su conyugue, lo que no pasa en el caso de las mujeres. Según resultados del Censo 2011, el 14,1% de la población tiene más de 65 años, cuando se empieza a vivir el proceso de envejecimiento se da mucho, al menos en nuestro país, los hogares unipersonales de AM. Cuando incorporamos los aportes de Batthyany, en el libro *Envejecimiento, Género y Políticas Públicas* (2010) se plantea “(...) de acuerdo a datos de la encuesta continua de hogares del 2008 incluidos en el *Panorama de la Vejez en Uruguay* (ipes, 2009), un tercio de los hogares del país (33,2%) incluyen adultos mayores. De este tercio, un 33% son hogares unipersonales, otro 20% son hogares de dos personas adultas mayores; un 18% hogares de dos personas multigeneracionales, un 17,2% hogares multipersonales de adultos mayores con menores de 65 años y un 11,3% son hogares multipersonales integrados por adultos mayores, otros mayores y niños.” (Batthyany; 2010; 92) (VER ANEXO II) Podemos observar que el 53% son hogares compuestos por AM que viven solos o con otro AM y si nos detenemos a analizar dicha gráfica de acuerdo al sexo, vemos que los hogares compuestos por un solo AM, en su mayoría son mujeres que viven solas. Más adelante se hará referencia a las diferentes desigualdades entre mujeres y hombres en la etapa de envejecimiento, desde el punto de vista de los cuidados. La categoría género se vincula a la de cuidados, siendo éste un vínculo fundamental para analizar y entender el proceso de envejecimiento sobre todo la feminización del envejecimiento. Por lo tanto es imprescindible desarrollar la categoría cuidados relacionada a los AM y su proceso en la vejez. Según Batthyany, en América Latina el 80% de los cuidados son realizados por mujeres y sobre todo las mujeres dentro de la familia. No solamente los Adultos Mayores “requieren” sino que también “brindan” cuidado, en muchas oportunidades desempeñan el rol de cuidador, de niños, de otros Adultos Mayores, o de personas en situación de discapacidad. En consonancia con esto se visualiza que quienes brindan cuidados se encuentran muchas veces vulnerados en cuanto a los derechos, así como la poca importancia que se le atribuye a esta tarea, en cuanto a remuneración económica y a la valoración social de la misma. Batthyány plantea que el hecho de que esta tarea recaiga en la familia y

fundamentalmente sobre las mujeres: *“tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo”*. (Batthyány; 2011:57) Generalmente se considera al cuidado como una tarea femenina la mayoría de veces no remunerada y sin valor y reconocimiento social, aunque esto con el paso del tiempo ha ido cambiando y hoy en día los cuidados tienen otra importancia, mayor valoración y se piensan políticas en torno a esta temática.

La perspectiva de género considera al cuidado como una actividad humana esencial que debería estar presente a nivel social y no únicamente en las relaciones privadas. Implica aspectos materiales (producción de bienes y servicios y tiempo para realizar las actividades), aspectos morales (responsabilidad, socialización) y afectivos y sentimentales (preocupación por el otro, amor, tensiones, y conflictos). Para reforzar esta idea veamos la definición de cuidados propuesta por Aguirre y Batthyany, *“Los cuidados se definen como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloban, por tanto, hacerse cargo de los cuidados materiales, lo que implica un trabajo; de los cuidados económicos, que representan un costo económico, y de los cuidados psicológicos, que conllevan un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. (...)”* (Aguirre, R, 2003; Batthyany, K, 2002 en Batthyany; 2015; 50) El cuidado como la acción de ayudar a una persona dependiente, que por sus propios medios no puede satisfacer el desarrollo y bienestar de su vida cotidiana. En el proceso de envejecimiento puede aparecer deterioro tanto económico como de salud, sea éste físico, mental o ambos. A esto se le suma el debilitamiento o a veces ruptura de las redes sociales, haciendo que el AM se sienta en situación de soledad, estado que contribuye al deterioro. Es la familia la raíz más importante de sostén y cuidado en la vejez, ya que provee recursos materiales y afectivos necesarios para la vida cotidiana de los adultos mayores, teniendo en cuenta que esta función de cuidado disminuye cuando la mujer ingresa al mundo de trabajo y se transfieren las mismas a instituciones públicas o privadas. Ya sea dentro o fuera de las familias, la noción de cuidado es unificada por ser una tarea específicamente realizada por las mujeres. Por lo tanto los cuidados son clave para investigar y analizar políticas de protección social con perspectiva de género. Con el paso de la historia la distribución

del cuidado ha tomado diferentes formas, dependiendo de las pautas culturales, sociales y económicas. Si bien distintos actores sociales, como el Estado, las familias, el mercado, se han responsabilizado de dicha tarea, ésta cae en las familias, y como ya se dijo anteriormente, específicamente en las mujeres de la familia.

Esto presenta consecuencias de género importantes para las mujeres y su posición en la sociedad, *“pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo.”* (Batthyany, K, en Margel, G, 2011; 57) En nuestro país al igual que en toda América Latina, las desigualdades sociales se relacionan con el suministro desigual del cuidado, tanto social como familiar, conformando como dice la autora un *“círculo vicioso”*. Dentro de la sociedad, quienes tienen más recursos, tienen un mayor acceso a cuidados de mejor calidad, pero con menos cantidad de miembros para cuidar dentro del hogar. Y quienes poseen menos recursos para acceder a los cuidados que brinda el mercado, tienen mayor carga de cuidados y presentan desventajas al tener un mayor peso de trabajo doméstico, no pueden acceder con facilidad a los servicios públicos y necesariamente recurren a cuidadoras *“informales”*.

La discusión sobre la temática de cuidado lo ha llevado a ser un problema de política pública al cual el Estado debe responder, un claro ejemplo es el cuidado que necesitan los AM que por su gran porcentaje en la estructura poblacional es cada vez mayor su demanda de cuidados, estamos ante un problema colectivo y social que requiere por lo tanto respuestas colectivas y sociales. Con el aumento de la población envejecida y de la esperanza de vida ha crecido el interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidados y el papel que juegan las mujeres en la prestación de servicios de cuidados no remunerados. Tomando aportes de Huenchuan (2010), ella plantea tres factores que inciden en el énfasis sobre el sistema de cuidados. El primero es que en la vejez aumenta la demanda de servicios de asistencia, ya que los adultos mayores sufren deterioro de su salud y se desgastan sus redes sociales. El segundo, porque el cuidado históricamente se encuentra en manos de la mujer, que hoy en día además están insertas en el mercado laboral, por lo tanto se da una doble jornada. Y tercero porque los servicios sociales que dan apoyo a la reproducción social de los adultos mayores no han podido lograr un completo respaldo público, y la familia es quien se encarga principalmente de los riesgos de la vejez. *“En efecto, la división sexual del cuidado,*

implica que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar social, especialmente de los hogares pobres, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia.” (Huenchuan, 2010; 26)

La temática del cuidado y las responsabilidades que esta tarea implica, plantea cuestionarse la posición que tiene las mujeres en los diferentes ámbitos de la sociedad, pero sobre todo en la familia y el trabajo. La definición del cuidado como política pública se pone en juego cuando se conjugan las responsabilidades, los roles y los costos del cuidado entre Estado, familia, mercado y comunidad. La intervención en el cuidado de las personas dependientes, en este caso de los AM, y dicha articulación entre los distintos actores de la sociedad genera un gran impacto en la posición de las mujeres en la familia y en el mercado de trabajo, y a su vez esto determina la capacidad para hacer efectivos sus derechos de ciudadanía social. A lo largo de la historia la familia ha experimentado significativos cambios y con ellos se han ido transformando los roles de sus integrantes respecto a la tarea del cuidado. Lo más importante fue la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo, un gran aumento de la tasa de actividad femenina junto con el aumento de los hogares monoparentales que dejan atrás el hogar biparental tradicional con el hombre como proveedor de la economía y la mujer en su rol de ama de casa a tiempo completo. Esto hace que se replanteen los roles, las obligaciones de la familia respecto al cuidado y como debe ser compartido entre los diferentes agentes. Dornell plantea el cuidado como valor, “(...) *Es un posicionamiento ético, que implica aprendizajes mutuos de todas las personas de una sociedad, imprime una nota de especificación al reconocimiento del otro en tanto diferente; cuidando la identidad como diferencia y responsabilizándose ante la diferencia como autenticidad, como posibilidad de creación de valores.*” (Dornell, T, en Margel, G, 2011; 69)

Es pertinente ahora desarrollar algunos aspectos importantes sobre la familia, esta como categoría fundamental en el desenlace del trabajo, sus principales cambios a lo largo del tiempo y como éstos influyeron en el ámbito del cuidado, sobre todo de las personas adultas mayores.

La familia ha experimentado importantes cambios a lo largo de la historia, así como ha transferido funciones que antes les eran propias y hoy en día pasan a manos del Estado, de instituciones, etc. Pero así como la familia y sus funciones viven un proceso de transformación hace ya muchos años, también cambian los roles de sus miembros, como ya se ha dicho, por ejemplo el rol de la mujer como encargada principal y

fundamental del mantenimiento del hogar y del cuidado. Cambia el rol del adulto mayor que hoy en día requiere ciertos cuidados que muchas veces no le son brindados de forma adecuada como debería ocurrir y que se encuentran insertos en una sociedad que no cuenta con los recursos suficientes y necesarios para atender a la vejez, a pesar de que Uruguay es un país envejecido. Otro factor que incide en la vejez y en la familia es que éstas no están preparadas para brindar el cuidado que esta población demanda, así como tampoco se implementan políticas desde el Estado que las atiendan, si bien esto se encuentra en proceso de cambio con el surgimiento del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Aparecen nuevas necesidades de acuerdo al aumento de la población adulta, así como la falta de reconocimiento de sus derechos, acompañado de la pérdida de autonomía, muchas veces solo se les quitan algunos derechos por el simple hecho de calificarlos de adultos mayores y suponer que no son capaces de tomar sus propias decisiones.

Para dar cuenta de ello tomemos el concepto de familia de Jelín *“La familia es una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. (...) Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos”* (Jelín, E, en Arraigada, I, 2007: 95). Las relaciones familiares son el principio básico para la conformación de los hogares y la satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana. Pero no hay que olvidarse que la familia no es nunca una institución separada de los procesos sociales, sino que forma parte de la producción y reproducción de la sociedad, así como de la cultura y la política. La familia tiene una estrecha relación con el Estado, el mercado de trabajo y las variadas redes sociales, destacándose procesos importantes como el de envejecimiento, los divorcios y la tasa de fecundidad que conforman y transversalizan la vida cotidiana de los individuos y su familia, siendo además sujetos de políticas públicas. Por ejemplo, el proceso de envejecimiento se da como una realidad plural y diferenciada, considerando a la vejez como algo dinámico y no de carácter estático. Es un proceso porque no se da de forma inesperada, sino por el contrario como algo paulatino, sucesivo, ya que son cambios que suceden a lo largo de los años.

Hoy en día los arreglos familiares han variado y cambiado en comparación con la historia. Las funciones y los roles dentro de ésta se modifican, antes estaban

relacionados a un orden tradicional y jerárquico basados en la familia nuclear, hoy en día se considera al individuo relacionado a un conjunto de valores fundados en la libertad y la igualdad, ambas características de la época moderna. Cambia el rol de la mujer dentro de la familia, se modifican las identidades de género. Varía el rol de las mujeres como ama de casa, quien se encargaba del cuidado y la crianza de los niños, de los cuidados del hogar y de su pareja, mientras éste era quien sustentaba económicamente el hogar. En cambio hoy en día las mujeres participan del mercado laboral en igualdad con el hombre, pero esto solamente en lo que respecta a los horarios ya que se producen desigualdades tanto en los cargos ocupados así como en los salarios de uno y de otro. Batthyány plantea que existe una menor oferta de empleo para la mujer, menos remunerada, con exigencias en la edad, en las calificaciones además de las limitaciones del tiempo que también es un factor determinante. A esto se le suma que además de destinar horas al trabajo remunerado fuera de la casa, la mujer, también destina horas al cuidado del hogar y de sus miembros (trabajo no remunerado) como lo hacía en tiempos anteriores, muchas veces sin la ayuda de su pareja. Por lo que la mujer se ve sobrecargada de trabajo, de tareas destinadas a la formación y mantención de su familia. Esto también se observa cuando las mujeres están transitando la vejez, ya que muchas se encargan del cuidado de sus nietos, de su pareja, continúan así con la tradición del cuidado a cargo de la mujer, tanto del hogar como de las personas dependientes, siendo éste un trabajo no remunerado como lo fue siempre. (Batthyány; 2015)

Tomando aportes de Christopher Lasch y Talcott Parsons, el sistema judicial y de derecho tiene la función de integrar a los individuos a la sociedad, y que la familia y la educación tienen como función la estabilidad normativa (normas y valores). La familia continúa siendo un actor principal en los cuidados, ya que nunca deja de ejercer dicha tarea aunque hoy en día exista diversas instituciones que se encarguen también de ésta tarea. Nos dice Ludi, *“esta principal forma socializada de contención, de protección social, que asume la familia, ha sido atravesada por los diferentes “ajustes” realizados desde la política económica, quebrando prácticamente el sistema de seguridad social del país. (...) las consecuencias de ellos las vive uno de los sectores más postergados y vulnerados: los viejos, principalmente pertenecientes a los sectores más pobres y empobrecidos recientemente, ya que a la vez que disminuyen los niveles de protección de la población, aumenta la degradación de las condiciones de vida y las demandas*

sociales.” (Ludi, 2005; 19) Históricamente los cuidados de las personas dependientes se han resuelto al interior de las familias, pero con el paso del tiempo las necesidades y demandas de cuidado han cambiado, no son las mismas ni tampoco quienes lo brindan. Las transformaciones demográficas; procesos de envejecimiento, cambios en la fecundidad, migraciones, han impactado directamente en las estructuras familiares, en la composición de los hogares, y principalmente en el bienestar de las familias. Como ya se planteo, esto trae consecuencias de género importantes para la posición de las mujeres en la sociedad, ya que éstas como proveedoras de cuidado y bienestar, deben excluirse del mercado de trabajo o hacerse cargo tanto del trabajo remunerado como del no remunerado (cuidados del hogar y de las personas dependientes). Surge un aumento significativo de las personas que necesitan ser cuidadas, principalmente los AM que en nuestro país la tasa de esta población va en aumento, así como también disminuyen las personas encargadas de brindar el cuidado debido al aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral. Se producen transformaciones socio demográficas debido a la reducción de la tasa de natalidad y al envejecimiento poblacional. Batthyany plantea que se asiste a una denominada “crisis del cuidado” *“(…) se define como el momento histórico en que existe un desajuste entre la oferta disponible de cuidados y la demanda o necesidades de cuidados, generando un <déficit de cuidados>.”* (Batthyány, K, en Riella, A, UR.FCS-DS, 2013; 121)

Según los resultados del Censo 2011, Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina ya que el 14,1% de la población tiene más de 65 años. El envejecimiento demográfico no es una novedad para nuestro país, Aldo Solari en una de sus publicaciones en 1957 hace referencia a este fenómeno anticipándolo para nuestra región. Nathan (2013) dice, *“Se entiende por envejecimiento de una población al fenómeno que consiste en el aumento proporcional de las personas viejas, es decir, aquellas que solemos ubicar en edades por encima de los 59 o 64 años (...) se dice que una población esta envejecida cuando la proporción de personas en edad avanzada supera el 10% de la población total.”* (Nathan, M, 2013; 29) Según los datos de los Censos nacionales de población realizados en nuestro país, esta proporción de adultos mayores se alcanzo hace ya más de tres décadas. Para el año 1975 la población de AM era de 9,8% aumentando en los siguientes años: 11,2% en 1985, 12,8% en 1996, 13,4% en 2004 y 14,1% en 2011. A pesar de estos datos, los resultados del último Censo de población realizado en el año 2011 ponen al envejecimiento poblacional como un dato

preocupante para el Uruguay. Nathan (2013), plantea que el aumento de la proporción de AM se explica por el descenso sostenido de la natalidad y mortalidad. Dicho descenso del número de hijos por pareja y el aumento de la esperanza de vida de las personas, tiene como resultado una sociedad donde sus integrantes se concentran cada vez más en los tramos de mayor edad, o sea en la vejez. A esto se le puede agregar el fenómeno de la migración, ya que la mayoría de las personas que migran hacia otro país pertenecen al grupo de jóvenes o adultos en edad activa. Se llega por conclusión que de estos tres factores que afectan y modifican la dinámica demográfica, el principal que explica el cambio en la estructura por edades es el descenso de la natalidad. Nuestro país en particular viene desarrollando un envejecimiento poblacional lento en comparación con el resto de los países de América Latina, ya que Uruguay vivió una transición demográfica precoz dentro de la región, donde las tasas de mortalidad y natalidad comenzaron a descender a fines del siglo XIX.

El envejecimiento es un proceso que va en aumento y es irreversible, por el cual están pasando casi todos los países del mundo. Nada nos dice que el descenso de la natalidad y la mortalidad vayan a revertirse. Uruguay seguirá con un gran peso etario de población de 65 años y más y el peso del grupo etario de niños y adolescentes ira descendiendo. Según el último Censo, para el año 1963 el porcentaje de personas entre 0 y 14 años era del 28,2% disminuyendo a 21,8% en el año 2011, evaluando que para el año 2040 la población de 64 años supere a la de 0-14 años. Nathan plantea que la desventaja que tiene nuestro país es que el cambio demográfico se da en un contexto de déficit económico y con importantes desigualdades a nivel de la sociedad. *“Desde un enfoque generacional, atender los desafíos del envejecimiento es también atender los problemas que enfrentan niños y jóvenes. Apostar a la equidad, la educación, la solidaridad y la convivencia en el Uruguay de hoy día es pensar también en políticas para mitigar los posibles efectos negativos que traerá consigo la profundización del envejecimiento en nuestro país.”* (Nathan, M, 2013;)

CAPITULO II

FEMINIZACION DEL ENVEJECIMINETO

Según los datos recabados en el Censo de Población y Vivienda 2011 las personas mayores de 65 años representan el 14,11% de la población total, ósea 463.726 AM en el Uruguay. Se destaca que es una población mayoritariamente femenina y envejecida, que el 60% son mujeres y el 27,19% tiene más de 80 años. Predomina el sexo femenino dentro de la población adulta mayor debido a que la mujer en nuestro país tiene una mayor esperanza de vida que el hombre. (Thevenet, SNC, 2013) Si observamos a este grupo de población por sexo y por tramos etarios vemos que de 65 a 74 años las mujeres representan el 56.36%, incrementándose dicho porcentaje a medida que avanza la edad, mayores de 79 años representan el 67,58% y así el peso de las mujeres crece dentro de la población adulta mayor, resultados esperables debido a su esperanza de vida. (ANEXO IV, GRÁFICO 1 Y CUADRO 1) *“La relación de masculinidad, que indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres en una determinada población, muestra que entre las personas adultas mayores de 64 años, hay 65.88 varones por cada 100 mujeres. Si se tiene en cuenta el total de la población, este valor es de 92.32 reforzando la constatación de la fuerte feminización de la población adulta mayor.”* (Thevenet, N, 2013; 4)

“Los índices de femineidad –sumamente altos en las edades avanzadas-, las altas proporciones de viudez femenina, el gran número de mujeres que viven solas y sus condiciones de pobreza, es válido considerar que el envejecimiento es un situación particularmente femenina.” (Chande, H, 1993 en Damonte, 1997; 1) El alto grado de predominancia de mujeres dentro de la población envejecida es lo que hace que surja la designación, feminización del envejecimiento. Aproximadamente, las mujeres uruguayas, viven siete años más que los hombres. A pesar de que su esperanza de vida es mayor que la de los hombres, frente a éstos poseen grandes desventajas en los distintos ámbitos de la vida. Por ejemplo la situación conyugal es una gran diferencia entre los sexos en los adultos mayores, siendo las mujeres quienes presentan los niveles más altos. En estos casos las redes familiares y sociales juegan un rol fundamental.

El hecho de que la mayoría de la población envejecida viva sola, en su mayoría la mujer, genera un factor de riesgo para su calidad de vida, para su familia y para la

comunidad. Esto se agrava si tenemos en cuenta los ingresos de las AM que viven solas, los cuales son relativamente bajos. Esto como consecuencia de los estilos de vida de las generaciones envejecidas, donde la mujer tenía escasa participación en el mercado laboral y con salarios muy bajos en comparación con los hombres. Por lo tanto sus ingresos actualmente son jubilaciones, pensiones y ayuda de su familia. *“La participación femenina en las edades adultas mayores acumula todavía la secuela de las diferencias de género, efecto que se va atenuando con el ingreso de nuevas generaciones incorporadas en mayor medida al mercado de trabajo.”* (Damonte, 1997; 45). Los hombres AM y en su mayoría jubilados tienen una gran demanda de trabajo, ya sea como porteros, serenos, vigilancia, etc. En cambio las mujeres se dedican a las tareas del hogar, el cuidado de sus nietos, lo que respecta a las tareas de ama de casa y la gran mayoría no remuneradas. Según el Censo 2011, el 13.07% de AM se encuentran ocupadas o buscando trabajo, por lo tanto activas en relación al mercado laboral. Sin embargo cuando se utiliza la variable sexo, se hayan grandes diferencias ya que el porcentaje de hombres activos duplica al de mujeres, casi el 20% de hombres AM esta activo y menos del 10% de mujeres se encuentra insertas al mundo laboral. (VER ANEXO IV, GRÁFICO 11) Siguiendo esta línea económica si observamos las prestaciones que reciben los AM por concepto de pensiones y jubilaciones (seguridad social) vemos que el 86.35% de los AM son jubilados o pensionistas. Si se toma en cuenta nuevamente la variable sexo no se presentan grandes diferencias, el 86.58% de los hombres son jubilados o pensionistas y el 86.20% de las mujeres también lo son. Esto muestra una amplia cobertura en materia de seguridad social para los AM, a través de prestaciones estatales, lo que no se especifica es el tipo de prestación. (Thevenet, SNC, 2013) (VER ANEXO IV, CUADRO 5)

Notorias diferencias se visualizan también en el ámbito del hogar, de quien realiza las tareas del hogar y los cuidados de las personas dependientes del mismo. Tradicionalmente dichas tareas fueron y son realizadas por las mujeres, considerándose esto como trabajo no remunerado. Si bien la mujer hoy en día está inserta en el mercado laboral con alto grado a diferencia de tiempos anteriores donde solo era la encargada de los labores domésticos, aún continua realizando dichas tareas como la de los cuidados, además de su trabajo remunerado. Por lo tanto se habla de una sobrecarga para el sexo femenino debido a tener un trabajo remunerado y uno no remunerado como el de cuidar a su familia y su hogar. Si bien hoy en día esto ha cambiado, con el paso del tiempo la

mujer ha logrado insertarse al mundo del trabajo, completar sus estudios, hacer efectivos sus derechos. Dichas tareas de cuidado siguen perteneciendo a las mujeres cuando éstas transitan la vejez. Ya sea por brindar el cuidado a sus nietos, su pareja y las tareas del hogar. Retomando datos del Censo, en el mismo se pregunto acerca de los quehaceres del hogar, lo cual dio como resultado un alto porcentaje de AM que realizan las tareas del hogar o trabajo no remunerado. Este porcentaje elevado muestra nuevamente notorias diferencias de género, esto debido a los roles de género asignados por la sociedad a lo largo de la historia. (VER ANEXO IV, GRÁFICO 13) Hay que destacar que estas diferencias en la realización de tareas y cuidados es menor en los AM que en otros tramos de edad. *“Se debe tener esto en cuenta al considerar las poblaciones objetivo del Sistema Nacional de Cuidados (SNC), ya que este sector de la población constituye una de las poblaciones centrales al momento de implementar las políticas de cuidado, pero a la vez tienen un alto porcentaje de participación en la realización de los quehaceres del hogar.”* (Thevenet, N, 2013; 14)

Otro gran problema que presenta la población envejecida es la cobertura de salud. En esta edad el riesgo de estar enfermo es mucho mayor y depende del nivel socioeconómico de los usuarios el poder acceder a los diferentes tipos de prestaciones del sistema de salud uruguayo. Pero el proceso de envejecimiento no impacta únicamente en los sistemas de salud y seguridad social, sino que su mayor impacto será sobre la familia, particularmente, sobre las mujeres de la familia, las que tienen en simultáneo padres en edad avanzada, hijos y nietos. Lo que refiere a estas mujeres, es generalmente ignorado y no se incorpora a las políticas sociales, ni siquiera dentro de las políticas dirigidas especialmente a la mujer.

En resumen, si tenemos en cuenta los cambios que se han dado en la sociedad a lo largo del tiempo, tanto a nivel global como dentro de las propias familias, hoy en día estamos frente a una generación de mujeres que se inserta en el mercado laboral, con un mayor nivel educativo, mujeres con aspiraciones para su futuro tanto a nivel individual como familiar. Son ellas quienes, generalmente, se hacen cargo de los AM, ya que tradicionalmente a nivel de la sociedad son las mujeres quienes se encargan del cuidado de la familia, sobre todo cuando existen condiciones de invalidez y enfermedad como sucede en gran medida con los AM. *“Pero la toma de conciencia de los impacto del envejecimiento no acompañan la dinámica que tiene este proceso, por cuanto, las soluciones que se plantean para resolver problemas tener una visión más amplia de las*

consecuencias del mismo, a fin de instrumentar medidas que aborden no solamente los problemas inmediato sino también los futuros.” (Damonte, 1997; 52)

La información sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares del año 2007 ha sido de gran aporte para el avance sobre el conocimiento de las desigualdades de género, tanto en el uso del tiempo como en la división sexual del trabajo doméstico y de cuidados. Los indicadores producidos a partir de dicha fuente son una herramienta política, utilizada por organizaciones y redes de mujeres y actores políticos, para demostrar con seguridad las desigualdades sociales y de género. Estas se pueden observar a través del uso del tiempo en el trabajo realizado por fuera del ámbito mercantil. Esto ha reforzado la necesidad de elaborar políticas públicas y promover cambios en los contratos de género entre mujeres y hombres.

Según la encuesta *“Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay”* (2007):

“Existe una desigual distribución del trabajo de mercado y no remunerado por sexo, que puede resumirse como sigue: mayoritariamente (casi 65%) del tiempo de trabajo remunerado está a cargo de los varones; y tan solo el 35% corresponde a las mujeres. Mientras, si se considera el trabajo no remunerado, el 73,2% del tiempo dedicado corresponde a las mujeres y por tanto tan solo algo más de un cuarto es dedicado por los varones”(INE-FCS-UdelaR, 2008 en Aguirre y Ferrari, 2014; 14). Esta desigual distribución del trabajo, originada en la división sexual del trabajo, principalmente las tareas y los cuidados del hogar siguen existiendo cuando las personas son adultos mayores. Resulta notoria para nuestro país la feminización del envejecimiento debido al alto porcentaje de mujeres AM que conforman nuestra población y que traen consigo las desigualdades de género sufridas a lo largo de su vida y que transitando la vejez siguen existiendo. Las últimas cifras dadas a conocer por el MIDES para la situación de los AM en nuestro país, revelan que hoy en día en el Uruguay hay 484.400 AM de los cuales el 87% tiene entre 65 y 84 años y el 60% son mujeres. En cuanto a la situación conyugal; el 64% de hombres mayores de 64 años están casados, mientras que las mujeres son el 32.5%. El 465 de las mujeres mayores de 64 años son viudas, mientras que los hombres solamente el 13%. Lo que respecta a la vivienda, en uno de cada tres hogares vive un AM de 65 años o más, y en uno de cada diez hogares vive un AM de 80 años o más. Haciendo referencia al nivel económico, el 16.4% de los mayores de 64 años trabaja, de los cuales 62% no está registrado en la seguridad social, siendo que el 37.6% de los hogares tiene como jefe o jefa un AM. Respecto a la seguridad social, hay

un 84% de hombres mayores de 64 años jubilados, mientras que las mujeres son un 62%. Un 8% de hombres mayores de 64 años son pensionistas, siendo que las mujeres representan un 52% (MIDES; 2015) Esto muestra como el modelo de vida tradicional basado en el hombre como proveedor de lo económico y la mujer dedicada a los cuidados del hogar repercute a la hora del retiro de la actividad laboral, generando desigualdades entre hombres y mujeres adultos mayores desfavoreciendo a la mujer debido a su condición. El género se presenta como la variable estratificadora de la situación socioeconómica en la vejez, la misma originada en la división sexual del trabajo. “(...) *los diferenciales entre hogares con y sin personas mayores son relevantes en países como Brasil, Chile, Panamá y el Uruguay (CEPAL, 2007b), donde existen sistemas de seguridad social con coberturas bastante extendidas y la incidencia de la pobreza a escala de hogar es más baja que el promedio regional. A este respecto, algunos estudios indican que en estos países, las transferencias en efectivo que las personas mayores reciben de los programas de seguridad social serían clave para disminuir el riesgo de pobreza o mitigar los efectos negativos de la vulnerabilidad (Tabor, 2002), (...)*” (Huenchuan, S.; 2009; 87)

Es la mujer AM quien enviuda en mayor medida que el hombre demostrando la predominancia de mujeres mayores en nuestra sociedad, por lo tanto es ella quien cuida a su conyugue y su hogar. Lleva adelante los cuidados de sus familiares y de su hogar ya que como se vio en la cifras el 37.6% de los hogares tiene como jefe o jefa un AM. Además de estar encargada de los cuidados, también debe preocuparse por su salud ya que en esa etapa de la vida es muy importante el cuidado de la misma. Siguiendo con la cifras del MIDES vemos que el 52.7% de las mujeres mayores tiene limitaciones para ver o caminar y el 2.3% presenta limitaciones severas. Mientras que en los hombres mayores el 43.2% tiene limitaciones para ver o caminar y un 2.3% limitaciones severas. La supervivencia femenina en edades avanzadas en la mayoría de los casos se caracteriza por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización, demostrando así su calidad de vida. También se da la pérdida de redes sociales debido a la pérdida de su pareja, parientes y/o amigos. “*Soledad, viudez, pobreza, son actualmente manifestaciones comunes en la población de mujeres adultas mayores. Considerando que la predominancia femenina irá en aumento, será necesario desarrollar e instrumentar políticas y medidas que el bienestar de esta población requiere.*” (Damonte, 1997; 54) A pesar de ello experiencias e investigaciones profesionales demuestran que muchos AM no viven ni sienten su vejez de esta manera.

Ludi dice que sumado a esto podemos ver que los medios de comunicación por lo general muestran una imagen viva y feliz del AM, viviendo uno de los momentos más felices de su vida, dispuestos a brindar herramientas para las generaciones más jóvenes, demostrando su experiencia y capacidad de participar en la sociedad al igual que el resto de los individuos. La familia, sobre todo la mujer, cumple un rol fundamental en esta etapa ya que debe apoyar y cuidar al AM, si bien alguno lo hacen por sus propios medios no todos cuentan con la misma suerte, por esto y todos los motivos ya nombrados es que es necesaria y fundamental la implementación del SNIC. No solo con el fin de mejorar la calidad de vida de su población objetivo, sino también para brindar las herramientas necesarias a quienes se encargan de esta tarea, aliviando así su trabajo y capacitando para un mejor resultado. Debido a que los cuidados están a cargo de las familias y sobre todo de la mujer, la formación para cuidar necesita de un componente cultural que modifique este rol en sentido de corresponsabilidad. Por lo tanto esta formación deberá estar basada en un marco conceptual de género y derechos. Existen cuatro instituciones en relación con el cuidado y la atención de los AM dependientes organiza cursos de capacitación y formación para cuidadores/as informales y formales. Son: BPS, Hospital Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, Comunidad Israelita del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria (SUGG) En cuanto a los servicios de cuidado privados con fines de lucro otorgan de manera irregular cursos de capacitación para sus empleados encargados del cuidado del AM.

“La transversalización de género en la construcción de las políticas de cuidado consiste en mostrar las implicancias de las acciones que se proponen sobre la desigualdad de género, en los procesos y en los resultados y considerar sus efectos para avanzar hacia la igualdad en el ámbito de la división sexual del trabajo a través del reconocimiento del valor de ese trabajo y la redistribución de las responsabilidades y tiempos dedicados al cuidado.” (Aguirre y Ferrari, 2014; 12) Por lo tanto es fundamental el rol que juegan los mecanismos gubernamentales encargados de las políticas de igualdad de género, también lo es la participación de la sociedad civil para absorber a los actores involucrados en la política y confeccionar un pacto entre organizaciones sociales, actores políticos y Estado. A la hora de implementar políticas dirigidas a los AM se deberá tener en cuenta la predominancia femenina dentro de este grupo de población. El SNIC deberá atender y hacerse cargo de las desigualdades de género entre los AM para así aliviar y mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta edad, las cuales tienen un mayor esperanza de vida en comparación que los hombres

por lo tanto la mayoría pasa el resto de sus días en soledad y no con la mejor y deseable calidad de vida. Aquí es donde deben entrar en juego las diferentes instituciones, se debe trabajar de forma multidimensional entre sociedad, familia, mercado y Estado, y así poder brindar mejores respuestas a los AM, sobre todo mujeres, quienes hoy en día ocupan una gran parte de nuestra población, tendencia que según los investigadores sobre el tema va en aumento. *“Ser viejo en el mundo occidental contemporáneo, remite a configuraciones de valor distintas de otros momentos históricos de nuestra sociedad y de otras culturas. Las diferencias de género, de clase, de credo religioso, de etnia, de inserción profesional, también están presentes en la construcción de las representaciones y de las experiencias de envejecer. Estas dimensiones son fundamentales en el análisis de la identidad de este grupo etario.”* (Ludi, M, 2005; 43)

CAPITULO III

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS (SNIC)

La sociedad uruguaya experimenta un cambio histórico en el año 2005, por primera vez una unión de izquierda, el Frente Amplio, accede al poder con la presidencia de Tabaré Vázquez. A partir de éste año Uruguay crea una nueva Matriz de Protección Social, de carácter universalista, basada en un Estado Social que se ha construido a lo largo del siglo XX, adaptándolo a los cambios que ha experimentado el país a lo largo del tiempo, transformaciones demográficas, sociales y económicas importantes. En el año 2005 también se instaló el Gabinete Social constituido por los titulares de los principales ministerios del área social, así como también se crea en el mismo año el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con el objetivo de implementar y supervisar los programas de atención del Estado y coordinar las prestaciones sociales. Para el 2006 ya se crea el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES) con el objetivo de atender a las familias de menores ingresos (particularmente, la ley se enfocaba en el primer quintil de población pobre). A su vez se pusieron en funcionamiento un conjunto de iniciativas como: la Reforma Tributaria (2007), la Reforma de la Salud (2007) y un aumento del presupuesto para la educación (2008). Se destacan grandes logros y avances que cubren los vacíos de protección existentes, por ejemplo las reformas dentro del Plan de Equidad: Reforma de la Salud, Tributaria, de Asignaciones Familiares, etc. Pero aún quedan vacíos que cubrir, que deben ser incorporados en la agenda social y política como responsabilidad estatal. El cuidado de personas dependientes es el principal vacío de protección de la Matriz de Protección Social. En el año 2008, finalizado el PANES (pensado como un programa transitorio), se dio comienzo al Plan de Equidad, *“iniciativa sistémica que integra un paquete de políticas públicas y proyectos de ley dentro de dos componentes, uno referido a reformas estructurales en el sistema de protección social como la reforma de la salud y otro que buscaba la implementación de políticas focalizadas.”* (Aguirre y Ferrari, 2014; 8). A partir del año 2008 se instala el cuidado como problema público en nuestro país y se incluye en la agenda política y en el programa de gobierno.

Nuestra sociedad atraviesa en ese momento lo que se denominó “crisis del cuidado”, mantenimiento y profundización de la desigualdad socioeconómica, cultural y de las

inequidades de género. El envejecimiento de la población y la inserción masiva de la mujer al mercado laboral son las causas de que se genera dicha crisis. “(...) *Esta crisis se produce cuando aumenta el número de personas que por su condición requieren de cuidado y al mismo tiempo disminuye la proporción de personas (tradicionalmente mujeres) en condiciones de ejercer esa función. (...) asistimos a una situación de aumento de la demanda (transición demográfica) y disminución de la oferta (inserción de la mujer en los mercados de trabajo).*” (Cepal, 2009:173) El cuidado se coloca como función principal de la familia debido a la estructura tradicional de familia, basada en la distribución sexual del trabajo donde el hombre es el proveedor económico y la mujer la encargada del hogar y sus cuidados, generando importantes desigualdades. Sabemos que esto impacta directamente en la mujer y en su acceso a derechos como la educación, salud, trabajo, etc. La calidad del cuidado es fundamental para lograr el bienestar de las personas que requieren ser cuidados, por lo tanto también debe ser una responsabilidad del Estado, y no solamente del Estado, deben confluir familia, Estado, mercado y comunidad en atención a personas en situación de dependencia que requieran en alguna medida ser cuidados. Y es por esto que dentro del Sistema de Protección Social surge la propuesta del SNIC, como iniciativa, en el año 2008, de la Red de Género y Familia para luego ser llevada a la agenda gubernamental.

En base al artículo “*Hacia un modelo solidario de cuidados*” (2012), la necesidad de un SNIC ha recorrido desde la agenda social, la política hasta la gubernamental. La Red de Género y Familia colocó la temática de los cuidados en la agenda social. El Instituto Nacional de Mujeres accionó en este sentido para el periodo de gobierno 2005-2010, lo cual se reflejó en el Informe de Transición elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) para el gobierno 2010-2015. Para entonces nuestro país elaboró propuestas y diseño programas para cubrir el cuidado de niños y niñas (Plan CAIF dentro del INAU) y de los AM a través del Banco de Previsión Social (BPS) y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En el segundo gobierno de izquierda presidido por José Mujica, se ampliaron los programas sociales antes focalizados, incorporando así las políticas de cuidado a la agenda institucional como parte de la Matriz de Protección Social, incluyendo a las personas en todas las etapas de su ciclo vital. “*Las consideraciones de género ocupan un lugar central en el diseño de actuaciones tendientes a cubrir las necesidades de la niñez, las personas adultas mayores y con discapacidades, además de incluir a un cuarto grupo que son las*

personas que ejercen las tareas de cuidado. El sistema de cuidados en construcción contempla nuevos derechos en base a un conjunto de prestaciones y servicios orientados a potenciar el desarrollo y la autonomía de estos cuatro grupos de población.” (Aguirre y Ferrari, 2014; 8) En el año 2009 los cuatro partidos con representación parlamentaria incorporaron en su agenda de gobierno la responsabilidad social de los cuidados. En el año 2010 “a través de la Resolución 863/010, el Presidente de la República creo el Grupo de Trabajo en SNC con una integración interinstitucional. Este Grupo se constituyó en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales el día 15 de junio de 2010 y en él han participado regularmente el MIDES, MSP, MTSS, OPP, BPS, MEC, ASSE, INAU, INE y MEF.” (Gabinete Social, MIDES, 2012; 15) La primera etapa del proceso de creación del Sistema apunta a la construcción de los lineamientos conceptuales y los principios orientadores del mismo. En el 2011 se llevó a cabo la denominada Etapa de Debate del Sistema de Cuidados con el objetivo de legitimar, descentralizar y democratizar el proceso. Una vez terminada dicha etapa, en el año 2012, se centró el trabajo en el diseño de la propuesta del SNIC, representado en el documento *Hacia un modelo solidario de cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados*, avalado por el Gabinete Social en setiembre del mismo año. El Grupo de Trabajo se centró en producir propuestas en los sectores de financiamiento, institucionalidad, regulación y servicios.

Según la propuesta para la construcción del SNIC, en su documento “*Hacia un Modelos Solidario de Cuidados*” (2012) en un primer lugar la misma supone el debate y la cobertura de los derechos de las personas que requieren ser cuidadas, se propone repensar los dispositivos de bienestar y protección social. En segundo lugar apunta a las desigualdades entre hombres y mujeres, siendo el género la variable estratificadora de la situación socioeconómica originada en la división sexual del trabajo. Tercero, puede contribuir a mejorar la baja tasa de natalidad, garantizando el derecho a las familias a tener el número de hijos que desean, ya que no existen o hay falta de acceso a servicios de cuidados de calidad para los niños. Y en cuarto lugar, el SNIC es fundamental y necesario para el desarrollo de nuestro país, debido a la ya nombrada “crisis del cuidado” y a las transformaciones demográficas.

Siguiendo la línea de este documento presentado en el 2012, en su momento se propone que el SNIC también regule la formación de las y los cuidadores así como los servicios de las tareas del cuidado, estableciendo un conjunto de servicios, licencias y

prestaciones para la provisión de los cuidados. *“La propuesta de un Sistema Nacional de Cuidados se vertebra entorno a los ejes de regulación, servicios y formación, además de la promoción activa de un cambio social y cultural en relación a los cuidados entorno a la idea de corresponsabilidad.”* (Gabinete Social, MIDES, 2012; 8) Por lo tanto el SNIC no apunta solamente a ser una política pública para la dependencia sino a un cambio cultural: transformar la división sexual del trabajo pasando de un modelo familista hacia un modelo corresponsable y solidario. Esto significa corresponsabilidad entre hombres y mujeres, reduciendo las desigualdades de género, y corresponsabilidad entre familia, mercado, Estado y comunidad, con el objetivo de atender a los grupos más vulnerables de la población, particularmente niños y niñas, AM y personas en situación de discapacidad.

El SNIC es una política de carácter estructural que se desarrolla dentro de la Reforma Social aprobada por el gobierno en octubre del 2011 a través de su Gabinete Social. La Reforma Social se presenta como una estrategia a mediano y largo plazo que asume la responsabilidad de construir una nueva matriz de protección social. Es una estrategia de desarrollo humano con objetivo de igualdad social, ya que apunta a que los individuos tengan la posibilidad del disfrute de vidas largas, saludables y creativas.

Tomando aportes del documento *“Cuidado como Sistema”* (MIDES, 2014) veamos los cinco pilares que componen a la Reforma Social. *“Esta Reforma Social se sustenta en cinco pilares que la definen como incluyente y distributiva: **de cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades, carácter universalista del acceso, conducción del Estado.** Ha quedado más que demostrado, y el Uruguay de los 90 es un vivo ejemplo de ello, que el mercado no es bueno para generar inclusión social y acceso con justicia social a la política social. Solo el Estado puede garantizar universalidad, justicia social (nadie podría sino el Estado recaudar y luego gastar según prioridades) y accesibilidad. Cuando el mercado define el acceso, solo acceden los que pueden pagar. **Participación social**, a través de las organizaciones sociales (sindicatos, organizaciones de usuarios, organizaciones de mujeres, entre otras). **Incremento presupuestal para la política social.**”* (Olesker, D, MIDES, 2014; 7)

Se nombrarán algunos de los principios orientadores del SNIC propuestos en el documento (2012) en el recorrido para su creación como política pública. Siendo el SNIC una política basada en derechos humanos deberá ser una política participativa de carácter universal, focalizando sus primeras acciones en la población más vulnerable,

focalización subsidiaria. Se harán compromisos de mediano y largo plazo para llegar a su universalización. Se incluirá la perspectiva de género, generaciones y étnico-racial a la política social debido al deber del Estado de garantizar el goce efectivo de los derechos de todo ciudadano. El SNIC se esbozara articulando la creación de servicios y la posibilidad de transferencias monetarias, principalmente la apuntando a la creación de servicios que se encarguen de los cuidados de las personas dependientes. Como ya se dijo, deberá integrar el concepto de corresponsabilidad, favorecer el cambio de la actual división sexual del trabajo del hombre proveedor y la mujer encargada de los cuidados. Otra línea fundamental en el Sistema debe ser la descentralización territorial con el fin de crear servicios de cercanía para la comunidad. La participación de la comunidad es sustancial para obtener políticas adecuadas a los territorios. Profesionalizar y revalorar la tarea de cuidado capacitando a cuidadores y cuidadoras, tanto familiares como formales. Regularizar la prestación pública y privada de cuidados, así como la coordinación, planificación y articulación interinstitucional. El marco conceptual del SNIC se construye en base a siete dimensiones sociales relevantes de desigualdad para refutar a través de las políticas sociales; ingresos, territorios, género, generaciones, etnia-raza, discapacidad y orientación sexual e identidad de género.

Se define como población objetivo del SNIC: niños y niñas de 0 a 12 años, con énfasis en la primera infancia (de 0 a 3 años), personas adultas mayores dependientes y personas en situación de dependencias por discapacidad. Y a su vez se agrega el grupo de cuidadoras y cuidadores remuneradas/os y no remuneradas/os. Los cuidados se definen como una función social que incluye tanto promoción de la autonomía personal como la asistencia y atención de las personas dependientes. Dicha dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, asociada al ciclo de vida de los individuos. Es un factor central en el desarrollo y mantenimiento del tejido social. *“Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.”* (CEPAL, 2009) El cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar y desarrollo, bienestar físico, emocional y afectivo a lo largo del ciclo vital, así como la conservación y autodeterminación en el caso de los AM. Desde el Estado, algunas de sus funciones como educación, seguridad social, salud pública son encargadas de brindar cuidado, pero como no han sido pensadas para este tipo de tareas no cubren efectivamente las necesidades de cuidados demandadas por las

familias. Por lo tanto se torna fundamental asegurar a los cuidados un marco fijo de servicios y recursos que atiendan a la dependencia y la coloque como una nueva característica de protección social. El SNIC debe concordar con la propuesta de la nueva matriz de protección social de carácter universalista plateada en la Reforma Social. Debe existir una buena coordinación entre los actores involucrados para que el Sistema funcione como tal y se llegue a una completa atención de los individuos. Esto requiere, entre otras cosas, la formación de cuidadoras y cuidadores, analizar el mercado laboral teniendo en cuenta las consecuencias en términos de empleo y regular los servicios brindados por el mercado. *“El Sistema Nacional de Cuidados es una herramienta pensada responsablemente que nos permitirá aproximarnos a la manera más equitativa, responsable y eficiente de la sociedad en su conjunto de resolver los cuidados de niños y niñas, personas mayores dependientes y personas con discapacidad en situación de dependencia.”* (Scagliola, A, MIDES, 2014; 9)

Los impactos esperados del SNIC (MIDES, 2012) serán; un correcto y adecuado diseño del Sistema mejorara la situación de los integrantes de las familias facilitando su acceso a servicios y prestaciones de calidad para las personas dependientes, así como servicios que permitan la compatibilización entre familia, estudio y trabajo. Generar estímulos para el empleo, promoviendo un aumento de la fuerza de trabajo y autonomía de ingresos. Incrementar la productividad laboral de las mujeres ya que el SNIC ayudara a aminorar las restricciones en el mundo laboral. Impulsar y fomentar la mejor utilización de los servicios médicos. En el caso de los AM este último punto es fundamental ya que en esa etapa de vida suelen utilizar de manera continua los servicios de salud, y la escasa promoción y fomentación de los mismos puede generar la falta de concurrencia mayoritariamente en el caso de los hombres quienes asisten en menor medida a dichos servicios, siendo la mujer quien se encargue de su cuidado y su salud. Es así como se observa que la mujer AM también en esa etapa continúa brindando cuidados ya sea a su esposo como en muchas ocasiones prestan cuidado a sus nietos, sin descuidar el cuidado personal. Se analizara más adelante el cuidado a cargo de la mujer en esta etapa, su calidad de vida y la carga que ello implica en el capítulo; la feminización del envejecimiento.

Crear e implementar servicios de cuidados para los AM dependientes supone crear o adaptar herramientas de valoración de la dependencia. Dichas herramientas deberán determinar la necesidad de apoyo y cuidado para realizar las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta los factores socio-económicos y culturales. Por lo tanto se

propone clasificar la dependencia como leve, moderada o severa. (MIDES 2012) El aumento de la demanda de cuidados hacia las personas adultas mayores se relaciona a cuatro dimensiones; el aumento creciente de la población AM, el creciente número de hogares unipersonales entre los AM, menor posibilidad de acceso a redes de apoyo para los cuidados y un incremento de dependencia debido a las enfermedades crónicas. Cabe destacar dos líneas de acción propuestas por el SNIC para las personas mayores; por un lado mejorar la calidad de los servicios prestados a los AM que viven en instituciones de larga estadía y el apoyo a los AM dependientes que viven en sus hogares así como a sus cuidadoras/es. Papadópolos (2011) en MIDES (2012) dice que el 24% de los AM viven en hogares unipersonales, el 32,1% en hogares “pareja sola” y el 19,8% en hogares extendidos. *“Es en estos hogares donde se encuentra la mayor demanda de cuidados porque no los reciben o porque los reciben parcialmente o de mala calidad. En los hogares extendidos y ‘pareja sola’ es factible que se genere, además, una sobrecarga del familiar –casi siempre mujer- que realiza la tarea de cuidado. En el caso de los hogares ‘pareja sola’ se presenta además el agravante de que la persona que cuida es usualmente también una persona mayor, con el riesgo de salud que esto conlleva.”* (Papadópolos, 2011, en MIDES, 2012; 34)

En nuestro país la situación de las instituciones de larga estadía es compleja. Por lo tanto es de carácter prioritario en la primera etapa del SNIC incluir la regulación de las residencias de larga estadía con fines de lucro. Sus metas son garantizar una calidad asistencial y de respuesta a los AM dependientes que viven en este tipo de institución e igualar la calidad en todas las instituciones, residenciales para AM, tanto pública como privada. Se deberán realizar acciones para dar respuesta a los diferentes problemas que estas instituciones presentan, como por ejemplo; mejoras en la infraestructura, calidad de los servicios prestados, capacitación para el personal, entre otras. Es fundamental la capacitación del personal que lleva adelante los cuidados, ya sea una familiar o un cuidador externo, ya que es imprescindible que sepan la forma de cuidar a las personas dependientes, los cuidados que éstos requieren y la manera de relacionarse con los AM (en este caso) en esta etapa de la vida.

El 1 de marzo del 2015, cuando asume la Presidencia de la República el Dr. Tabaré Vázquez, el SNIC se tornó fundamental en la agenda de políticas sociales. *“Destacamos, en primer lugar, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, porque la calidad de una sociedad se refleja en cómo cuida a los más vulnerables. (...) No es un gasto, ni siquiera es una inversión. Es cumplir un imperativo ético.”* (Tabaré Vázquez,

Presidente de la República, Mensaje de asunción, 1 de marzo de 2015) Actualmente sigue en estudio del Parlamento el Proyecto de Ley de construcción del SNIC, donde se decretara la definición, integración, principios y objetivos del Sistema. Esto será definido por la Junta Nacional de Cuidados, integrada por los Ministerios de Desarrollo Social (quien la presidirá); de Educación y Cultura; de Trabajo y Seguridad Social; de Salud Pública; de Economía y Finanzas; así como la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; el Instituto Nacional de las Mujeres, ANEP; BPS; INAU y la Secretaría Nacional de Cuidados. A su vez la Junta tendrá un Comité Consultivo honorario formado por representantes de organizaciones civiles, trabajadores y el sector privado. *“(...) como órgano ejecutivo de la Junta, se crea -dentro del Ministerio de Desarrollo Social- una Secretaría Nacional de Cuidados para la articulación y coordinación interinstitucional del Sistema. Este equipo, encabezado por el Soc. Julio Bango, Secretario Nacional de Cuidados, se encuentra trabajando desde el 1 de marzo a fin de concretar la progresiva puesta en marcha de esta política.”* (SNIC; Antecedentes; El camino recorrido, 2015)

APORTANDO DESDE EL TRABAJO SOCIAL Y REFLEXIONANDO...

El presente trabajo aporta una mirada desde la óptica de los cuidados de los AM, con el fin de tomar conciencia de la predominancia de la vejez en nuestra sociedad y sobre todo de las mujeres en esta etapa de la vida. Es fundamental crear políticas sociales dirigidas a este grupo etario, políticas con mirada y enfoque de género, con el objetivo de disminuir las desigualdades, de achicar la brecha entre hombres y mujeres mayores, favoreciendo así su calidad de vida. Se debe brindar, a través de las familias, el Estado, la sociedad, las diferentes instituciones y profesiones, apoyo y contención a los AM, problematizando y analizando las diferentes situaciones de vejez para así generar estrategias de intervención considerando los cambios contextuales y del envejecimiento de la sociedad.

“Como profesionales, tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, o sea de escoger conscientemente, con protagonismo, las alternativas para una vida social digna (...). Pero es necesario establecer las mediaciones de esa proyección social en la profesión, o sea traducir los valores de emancipación humana en la práctica cotidiana”. (Código de Ética Profesional del Servicio Social y/o Trabajo Social en el Uruguay; 1998; 4).

Es importante analizar y conocer el rol que cumple la familia para los AM, sobre todo aquellos que viven solos y perciben bajos ingresos. La red familiar juega un papel fundamental en la vida del AM, esté o no presente y la situación conyugal se combina con el apoyo que proviene de la familia. Muchas veces son las mujeres que deciden vivir solas luego de enviudar, o quedan solas cuando sus hijos crecen y se van del hogar. Cuando la persona empieza a envejecer, vivir sola puede generar riesgos, por ejemplo por problemas de salud, sentimiento de soledad, etc.

Como Trabajadores Sociales nuestra perspectiva ético-política debe posicionarnos de tal manera que aportemos y trabajemos para lograr el reconocimiento de los derechos políticos, sociales, económicos y culturales para un pleno ejercicio de la ciudadanía tanto social, civil como política. El ver a los AM y denominarlos como pasivos, inactivos así como pensar programas y políticas desde esta perspectiva como sujeto asistido, nos posiciona como desde la lógica de la tutela, de asistencia y no desde la mirada de los derechos. Esto muchas veces exige a los viejos vivir de la caridad de la sociedad. *“La intervención profesional de Trabajo Social en el campo gerontológico,*

tiene que sustentarse en procesos de reflexión crítica acerca del proceso de envejecimiento; responder y aportar de forma innovadora a la agenda público-social de las gestiones de gobierno y de organismos de la sociedad civil. Nuestra práctica profesional tiene que ser competente, experta, sobre todo en equipos interdisciplinarios.” (Ludi, M, 2005; 160)

La profesión de Trabajo Social presenta desafíos a la hora de intervenir en la sociedad. El Trabajo Social puede abordar desde la perspectiva que mantiene y reproduce aspectos naturalizados, instituidos, interviniendo así de forma mecanizada, es decir “un Trabajo Social domesticado”. (Lizana, R., 2007) O por otro lado se puede colocar a la profesión desde una actitud crítica, propositiva, argumentada y creativa como propone Iamamoto (1997), de aquí la importancia de pensar en la investigación como proceso de intervención profesional. Dicha intervención debe tener el fin de aportar para hacer efectivos los derechos de todos, mostrando lo que otros no ven, haciendo visible la realidad, en este caso de los AM en nuestro país, hacer que se cumplan sus derechos como ciudadano elaborando e implementando políticas y programas dirigidos a este grupo de población. A la hora de intervenir con las diferentes situaciones que se nos presentan, cada situación de AM es distinta a la otra y conlleva otro tipo de trabajo, nos ayuda a interpretar sus vivencias, emociones y sentimientos tan distintos. Este tema no solo nos impacta y afecta a nivel profesional sino también personal, nunca debemos olvidar que somos sujetos envejecientes.

Desde la sociedad podemos aportar cambiando nuestras actitudes diarias respecto al trato hacia los AM, transformando los prejuicios y estereotipos que tenemos hacia ellos. Con esto se logra no hacerlos sentir una persona inútil, incapaz, que ya no sirve para nada como pasa en la mayoría de los casos que se sienten desolados, amargados. Aceptando y asimilando esta etapa de la vida como un proceso por el que todos vamos a pasar. Apoyando al envejecimiento y apostando a él desde la contención familiar y social, encargándose de los AM como familia, vecinos, profesionales. Esto para un contexto donde la mayoría de los vínculos se pierden o es difícil sostenerlos, generando una ruptura con la sociedad y la familia en un sector que es vulnerable y desprotegido.

Desde el Estado se debe aportar asumiendo la responsabilidad que les compete. Tiene por obligación hacerse cargo de la población, sobre todo de los Am que se encuentran excluidos tanto social como económicamente. Debe distribuir recursos económicos e implementar políticas sociales para este sector de la sociedad, así como programas

sociales destinados a dar respuesta a las necesidades y demandas de los mayores. *“Aquí se pone en juego con mayor énfasis el porqué y el para qué de la profesión y de nosotros mismos como personas.”* (Ludi, M, 2005; 46)

Reflexionando y concluyendo sobre el SNIC desde una perspectiva de género y cuidados, el mismo debe estar basado en un prototipo de cuidados continuo que aplaque la dependencia y que privilegie los cuidados en el domicilio sobre la institucionalización. La regulación del Sistema requiere una sólida coordinación interinstitucional entre lo social y sanitario, la construcción de una política de Cuidados para el AM requiere ambos aspectos, hasta llegar a la definición de cuidados socio-sanitarios. Esto en primer lugar porque la mayoría de las situaciones de dependencia se originan en afecciones de salud que no han sido atendidas y/o prevenidas correctamente. En segundo lugar porque además de demandar esencialmente cuidados y atención a nivel social, los AM presentan altos niveles de vulnerabilidad física y psíquica que requerirán intervenciones de carácter sanitario.

Por dichos motivos se cree que el SNIC se irá construyendo en etapas, integrando en primer lugar a los AM más vulnerables en situación de dependencia. *“(…) en un país con recursos escasos habrá que avanzar hacia la construcción de un instrumento de medición de la dependencia/vulnerabilidad que incorpore los aspectos funcionales pero también los económicos y sociales.”* (Papadópolos, J, 59) Uruguay tiene escasos servicios para dar respuesta a todas las necesidades de los AM. En su mayoría el acceso a los servicios de cuidados es de naturaleza familiar y en segundo plano mercantil. Lo familiar castiga a las mujeres particularmente a las mujeres de bajos recursos, y la naturaleza mercantil desfavorece a los más pobres, a los dependientes que viven solos, a las mujeres, en el acceso a los servicios de cuidado. Los derechos de los AM deben considerar políticas que estén dirigidas a aumentar la autonomía de esta población.

El Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género (CNCPPIG) dice que para que el SNIC sea una política de derechos se deben reconocer los derechos de las mujeres acentuando sus acciones en favorecer a las mujeres mayores tanto en la seguridad social como en la salud. Esto está basado en importantes fundamentos; en la población adulta mayor la mayoría son mujeres, dentro de la familia la mayoría que ejercen la tarea del cuidado son mujeres, dentro de los AM quienes presentan más problemas de salud son las mujeres y la mayoría de las personas mayores en soledad son mujeres. Dicha afirmación por parte del Consejo es comprobada

empíricamente y es una declaración de principios, ya hemos expuesto las cifras donde se revela que la mayor parte de la población envejecida son mujeres, siendo estas las que se encuentran en mayor dependencia, así como también ganan por mayoría las mujeres realizando la tarea del cuidado tanto dentro como fuera del hogar.

Uruguay está avanzando hacia una política pública de cuidados, y esto se relaciona con procesos demográficos y sociales irreversibles. El gasto público social destinado al SNIC tendrá que ser prudente, gradual, eficiente y de gran calidad. Pero será por sobre todo una inversión social. Inversión que es necesaria para comenzar a implementar el Sistema y poder comenzar a trabajar sobre la población más dependiente de nuestra sociedad, poder lograr hacer efectivos sus derechos que hasta ahora muchos de ellos continúan siendo vulnerados. Nos compete a todos ser parte del Sistema, aportar cada uno su granito para mejorar la sociedad y proteger a los más dependientes, no dejarlos a un lado. Debemos cambiar nuestra mirada respecto a las personas mayores, y pensar que todos algún día estaremos en su lugar. Debemos ayudarlos y acompañarlos desde el lugar que nos encontremos, ya sea como amigo, vecino, familiar, hijo, nieto, profesional, hacerlos sentir parte de nosotros y de la sociedad, no dejarlos excluidos y abandonados solo por el simple hecho de ser viejos y no tener las mismas capacidades que cuando se es joven. Hay que saber valorar todos los momentos de la vida y vivirlos de la mejor manera posible, toda persona acompañada y apoyada por otra podrá estar mejor emocionalmente, tendrá una mejor calidad de vida aunque transite por la vejez, los vínculos, las redes, son fundamentales en todas las etapas pero principalmente en esta que es cuando más se pierden.

Es imprescindible la implementación del SNIC el cual viene siendo postergado año tras año. El actual Presidente de la República lo denominó como esencial para su plan de Gobierno, pero las últimas noticias sobre el Sistema revelan que se ha recortado el presupuesto destinado al mismo. La bancada de diputados del Frente Amplio decidió recortar un 22% los recursos destinados. Según el director del SNIC, Julio Bango, esto haría imposible la aplicación del programa de asistentes personales dirigido a los AM con dependencia severa. Dicho programa implica el cuidado de las personas con dependencia severa a través de asistentes personales que trabajarían a domicilio 20 horas semanales aproximadamente, con el objetivo de aliviar la tarea de cuidado a las personas, en su mayoría mujeres, que llevan a cabo esas tareas de manera no remunerada y en un contexto familiar. Un recorte en el presupuesto para la Sistema

implica atraso y solidez en su implementación. Estas son las últimas noticias sobre el SNIC y su implementación en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, R., y Ferrari, F., 2014. “La construcción del sistema de cuidado en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria”. CEPAL. Cooperación Alemana. MIDES.
- Aguirre, R., “Familias como proveedoras de servicios de cuidados”. Documento preparado para los debates on line. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Arraigada, I., 2007. “Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros”. CEPAL. UNFPA. Santiago de Chile. Copyright. Naciones Unidas.
- Batthyany, K., 2015. “Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay”. MIDES. INMUJERES. Doble Clic Editoras.
- Batthyany, K., 2008. “El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate”. FCS-UDELAR. UNFPA. Sistema de cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo? Red Género y Familia. Montevideo, agosto de 2008.
- Batthyany, K., Genta, N., y Perrotta, V., 2013. “La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay”. Sistema Nacional de Cuidados. Universidad de la República.
- Batthyany, K., et. Al. 2010. “Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos”. Universidad de la República, NIEVE, UNFPA, Naciones Unidas Uruguay.
- Bauza, J., 1999. “Vejez, representación social y roles de género”. Educación y Cultura, 12: 47-56.
- Carrasco, A. (coordinadora), 2011. “El cuidado humano. Reflexiones (inter) disciplinarias. Montevideo: UR. FCS-DS: CSIC: MSP.
- CEPAL, 2009. “Panorama social de América Latina”. CEPAL, Chile.
- Gabinete Social, 2008. “Plan de Equidad”.
- Gabinete Social, 2011. “Reforma Social”.

- Género y población adulta mayor; la feminización del envejecimiento. INFM. MEC. 1997. Copyright. Naciones Unidas.
- Huenchuan, S., 2009. “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”. CEPAL, CELADE. Santiago de Chile, abril de 2009.
- Huenchuan, S., y Paredes, M., 2006. “Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas”, Trilce.
- LIMÓN, M., 1997. “La educación de las personas mayores”. En PETRUS, A. (Ed.) *Pedagogía social*. Ariel. Barcelona. pp. 292-329.
- Lizana, R., 2007. “Desigualdad Social y Trabajo Social”. Revista Perspectivas N° 18. ISSN 0717-1714.
- Ludi, M., 2005. “Envejecer en un contextos de (des) protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social”. 1ª ed. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Mishara, B., y Riedel, R., 1996. “El proceso de envejecimiento”. Madrid, Ediciones Morata. S.A
- Paredes, M., Carniello, M., y Brunet, N., 2010. “Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay”. Observatorio de Envejecimiento y Vejez, NIEVE- Espacio interdisciplinario- Universidad de la República, UNFPA. Ed. Lucida Ediciones.
- Rodríguez, F., y Rossel, C., 2009. “Panorama de la vejez en Uruguay”. Universidad Católica del Uruguay, IPES, UNFPA.
- Sánchez Salgado, D., 1990. “Trabajo Social y vejez. Teoría e intervención”. Ed. Hvmánitas. Buenos Aires.
- Scott, J, 1997/1986. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En Marta Lamas (Comp.), “El género la construcción cultural de la diferencia sexual”. México: UNAM – PUEG: 265-302.
- Sistema de Cuidados. “Hacia un modelo solidario de cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados”. Grupo de Trabajo Interinstitucional. Consejo Nacional de Política Social. Gabinete Social. MIDES, Noviembre de 2012.
- Sistema de Cuidados. “Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay”. DNPS, MIDES, Montevideo, Noviembre de 2014.

- Thevenet, N., 2013. “Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011”. Departamento de Investigación y Propuestas. Área de Protección Social. Asesoría Macro en Políticas Sociales. MIDES.

FUENTES

- http://digital.csic.es/bitstream/10261/2967/1/REIS_104.pdf
- http://www.diariocordoba.com/noticias/opinion/feminizacion-envejecimiento_629863.html
- <http://www.agenciapandi.org/la-feminizacion-del-envejecimiento-en-colombia-la-vejez-con-ojos-de-mujer/>
- <http://www.agenciapandi.org/la-feminizacion-del-envejecimiento-en-colombia-la-vejez-con-ojos-de-mujer/>
- <http://www.gerontologia.org/portal/noticia.php?id=2896>
- <http://www.parlamento.gub.uy>

ANNEXO

ANEXO I

Publicada D.O. 19 ago/004 - N° 26570

Ley N° 17.796

PROMOCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES

**El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en Asamblea General,**

DECRETAN:

Artículo 1°.- La presente ley tiene como objetivo la promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía.

Artículo 2°.- Declárase que son derechos del adulto mayor:

- A) La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida.
- B) Alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico.
- C) Contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica.
- D) Tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes.
- E) Tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional.
- F) Tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

Artículo 3°.- El Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a las potestades que les confiere el artículo 1° de la [Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998, en materia de ancianidad, deberán estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos que en el artículo precedente se consagran como sus derechos.

La Dirección General de la Salud de dicho Ministerio coordinará los trabajos tendientes a estructurar el mencionado plan, con un plazo no mayor de un año a partir de la publicación del decreto reglamentario de la presente ley.

Artículo 4°.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, el Poder Ejecutivo constituirá un grupo de trabajo de apoyo a la mencionada Dirección General, en el que además del Ministerio de Salud Pública deberán tener representación el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los organismos del Estado que tengan injerencia en cualesquiera de los aspectos que se contemplan en el [artículo 2°](#) de la presente ley.

Podrán integrar además dicho grupo entidades privadas, organizaciones no gubernamentales y cualquier otro tipo de instituciones cuyos cometidos estén orientados a fines compatibles con los objetivos de la presente ley, de la manera y en las condiciones que establezca la reglamentación.

Artículo 5°.- Además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por el cuerpo encargado de estructurar el Plan Nacional objeto de la presente ley, serán tomados en cuenta, necesariamente, los siguientes que deberán ser contemplados en el cuerpo final del plan a elaborarse:

A) Salud:

- i) Garantizando al adulto mayor acceso a atención integral de su salud, en su prevención, en su asistencia y en eventuales procesos posteriores de rehabilitación, tanto en la esfera pública como en la privada. En esta materia, deberá seguirse el modelo de "cuidados progresivos" privilegiando la atención con base comunitaria, creando alternativas a la hospitalización y generando, además, condiciones que permitan que, cuando fuere posible, la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar.
- ii) Garantizando al adulto mayor que tanto el sistema de salud público como el privado dispondrán en todo momento de medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible, procurando liberarla de todo gravamen fiscal.
- iii) Asegurando, mediante un sistema de contralor adecuado, condiciones decorosas en los establecimientos de atención o residencia del adulto mayor ([Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998).

- iv) Creando programas que beneficien al adulto mayor de menores recursos, dándole acceso a una alimentación de buena calidad.
- v) Estableciendo condiciones de formación profesional y capacitación para investigadores y médicos especializados en temas relacionados con el envejecimiento, a fin de contar con condiciones de vida sanitariamente adecuadas para el adulto mayor.
- vi) Promoviendo la incorporación en los programas de educación para la salud componentes relativos a la adopción de estilos apropiados de vida encaminados a lograr una vejez saludable.

B) Integración social y condiciones de vida:

- i) Estimulando la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, educación y vocacionales, mediante la aplicación de descuentos en el acceso a las mismas y en el costo de transporte colectivo, y eliminando además, barreras arquitectónicas o edilicias. Asimismo, en el caso de impedimentos para su desplazamiento, proporcionándole franquicias para la adquisición de ayudas funcionales.
- ii) Facilitando al adulto mayor acceso al sistema educativo existente como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y enriquecimiento de su acervo cultural individual.
- iii) Proporcionando al adulto mayor oportunidades de transmitir a los jóvenes la experiencia adquirida en el campo laboral durante su vida activa, tanto en el ámbito de la educación técnica pública y privada como en el empresarial, por acuerdos con los gremios de cada sector.
- iv) Introduciendo en la política habitacional normas que garanticen al adulto mayor el acceso a una vivienda decorosa y digna, a costo reducido, y en ambientes agradables y seguros.
- v) Estimulando la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener en esa etapa de la vida niveles de integración social y actividad que le permitan gozarla plenamente.

- vi) Promoviendo la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la enseñanza pública y privada el tema del adulto mayor y su valoración y respeto en la sociedad y la familia.
- C) Asesoramiento y protección legal: Creando condiciones que garanticen la protección legal del adulto mayor, particularmente cuando ha sido víctima de discriminación o violencia.
- D) Seguridad Social:
- i) Implementando los planes necesarios para que todos los adultos mayores tengan acceso al sistema previsional nacional, lo cual les garantizará el respaldo económico que les permita satisfacer sus necesidades de manera digna.
 - ii) Reglamentando procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral. A tal fin, deberán incorporarse formas parciales de trabajo que puedan desarrollarse en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

Artículo 6º.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su publicación.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 14 de julio de 2004.

JOSÉ AMORÍN BATLLE, Presidente.

Horacio D. Catalurda, Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Montevideo, 9 de agosto de 2004.

Publicada D.O. 6 nov/009 - N° 27851

Ley N° 18.617

**INSTITUTO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
SE CREA EN LA ÓRBITA DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
Y SE ESTABLECEN SUS COMPETENCIAS**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1°. (Institucionalidad).- Créase en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), que será presidido por un Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema.

Artículo 2°. (Competencias).- El Instituto Nacional del Adulto Mayor tendrá como competencias:

- A) La promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años, tengan residencia permanente y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía, según lo establecido en el artículo 1° de la [Ley N° 17.796](#), de 9 de agosto de 2004.
- B) La planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas al adulto mayor, promoviendo programas y actividades que logren su desarrollo pleno e integración social y económica.
- C) La coordinación y coejecución con los organismos estatales y privados de la aplicación efectiva de las políticas de salud integral, educación, capacitación, recreación, apoyo e integración social.
- D) El asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, ratificada por nuestro país, cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población.
- E) La realización de convenios con los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera.
- F) La elaboración de un Plan Nacional de Promoción que encare orgánicamente las

necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social.

Artículo 3º. (Coordinación).- Créase un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), quien presidirá dicho Consejo.

Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.

Artículo 4º. (Principios rectores).- Para dar cumplimiento a lo establecido en el literal F) del artículo 2º de la presente ley, además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por parte del Consejo Consultivo del Adulto Mayor, el Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor deberá contemplar los siguientes principios:

- 1) Promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.
- 2) Promover que el sistema de salud tanto en el ámbito público como en el privado asegure la medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible.
- 3) Colaborar con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la [Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998.
- 4) Coordinar las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda a los efectos de que contemplen las necesidades de los adultos mayores que requieran dicho apoyo.
- 5) Fomentar programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etárea.

- 6) Promover la incorporación en los programas de educación componentes relativos a la adopción de estilos de vida apropiados encaminados a lograr una vejez saludable.
- 7) Estimular la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, promoviendo la accesibilidad en el transporte, en la eliminación de barreras arquitectónicas y en el desplazamiento.
- 8) Facilitar al adulto mayor el acceso al sistema educativo como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y el enriquecimiento de su acervo cultural individual.
- 9) Proporcionar al adulto mayor oportunidades de transmitir a los jóvenes la experiencia adquirida en el campo laboral durante su vida activa, tanto en el ámbito de la educación técnica como empresarial o por acuerdos con los gremios de cada sector.
- 10) Incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros con destino a los adultos mayores, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.
- 11) Estimular la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener niveles de integración social que permitan vivir la etapa plenamente.
- 12) Promover la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la enseñanza la valoración del adulto mayor tanto en la sociedad como en las familias.
- 13) Promover la capacitación en prevención de la violencia hacia el adulto mayor tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto.
- 14) Promover procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral, incorporando formas parciales de trabajo que se desarrollen en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

Artículo 5°.- Derógase la [Ley N° 17.796](#), de 9 de agosto de 2004.

RODOLFO NIN NOVOA, Presidente.

José Pedro Montero, Santiago González Barboni, Secretarios.

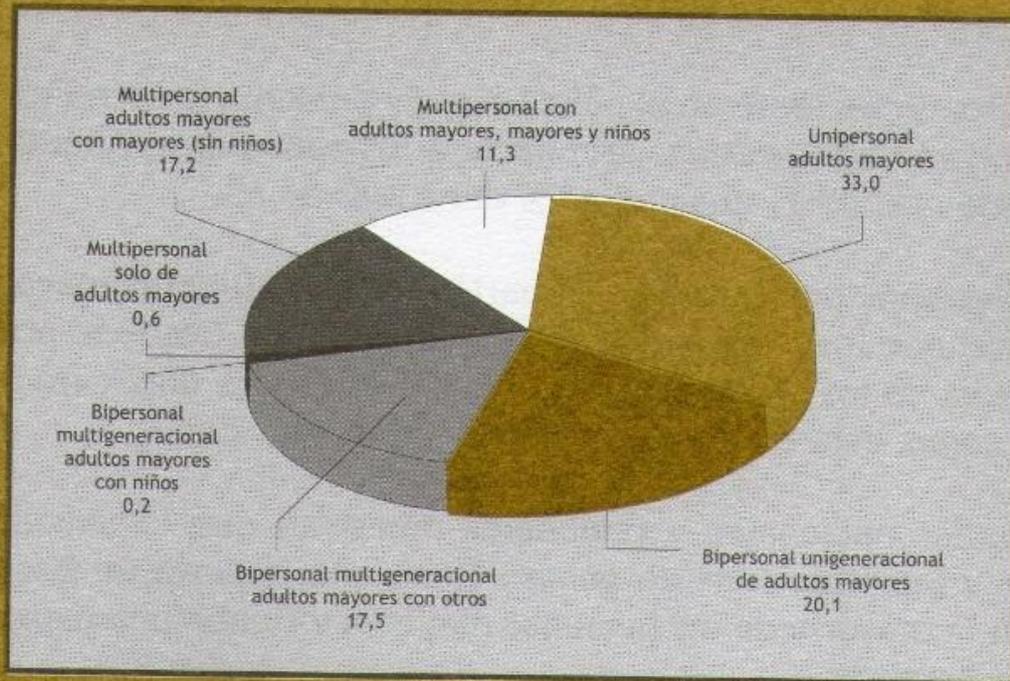
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE

Montevideo, 23 de octubre de 2009.

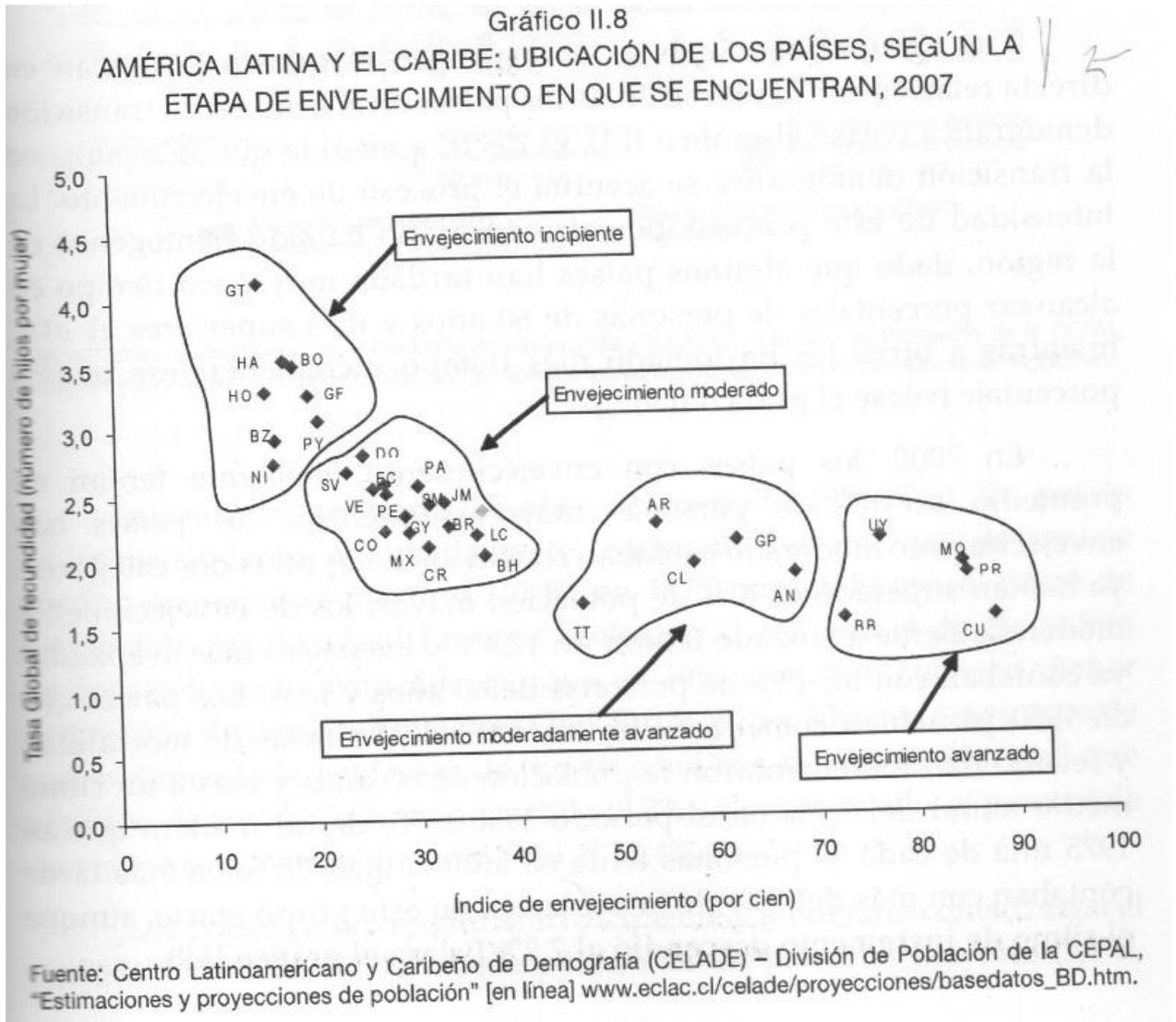
ANEXO II

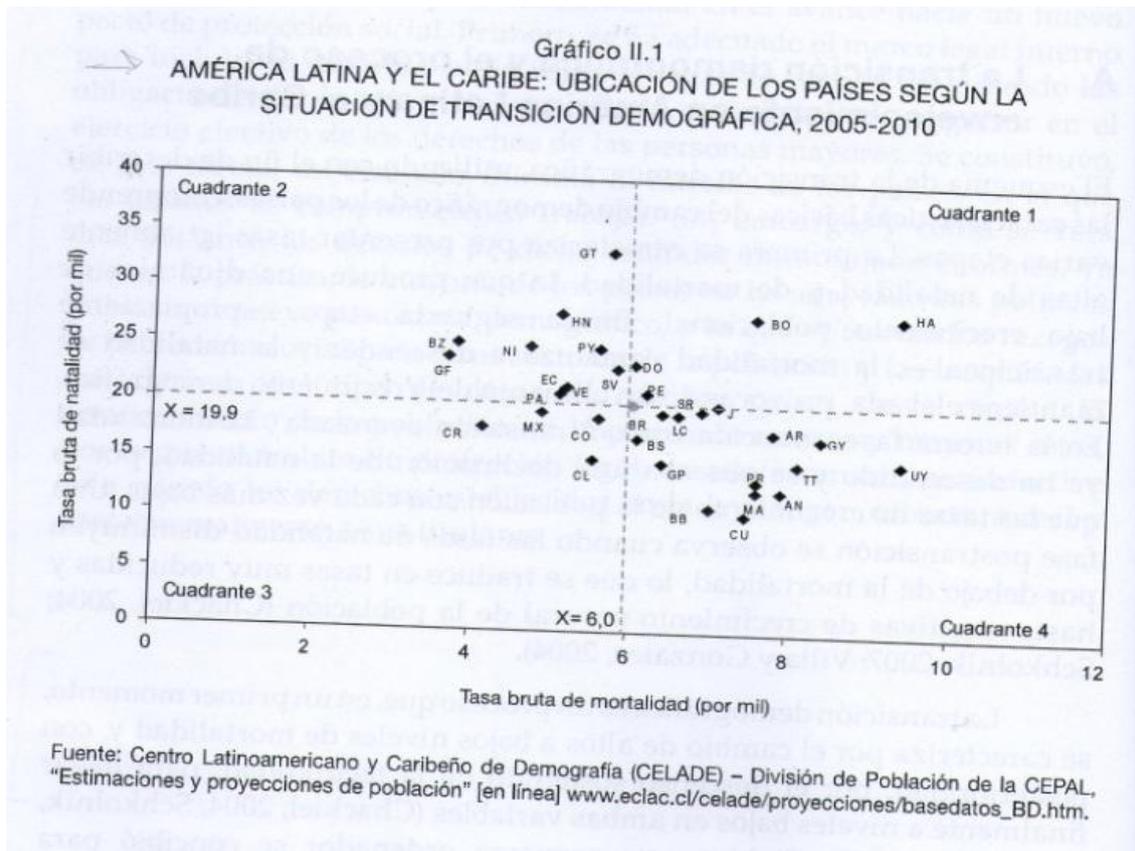
Gráfico 1: PANORAMA DE LA VEJEZ EN URUGUAY



Fuente: Tomado del Panorama de la vejez en Uruguay (IPES 2009), INE 2008 (ECH)

ANEXO III





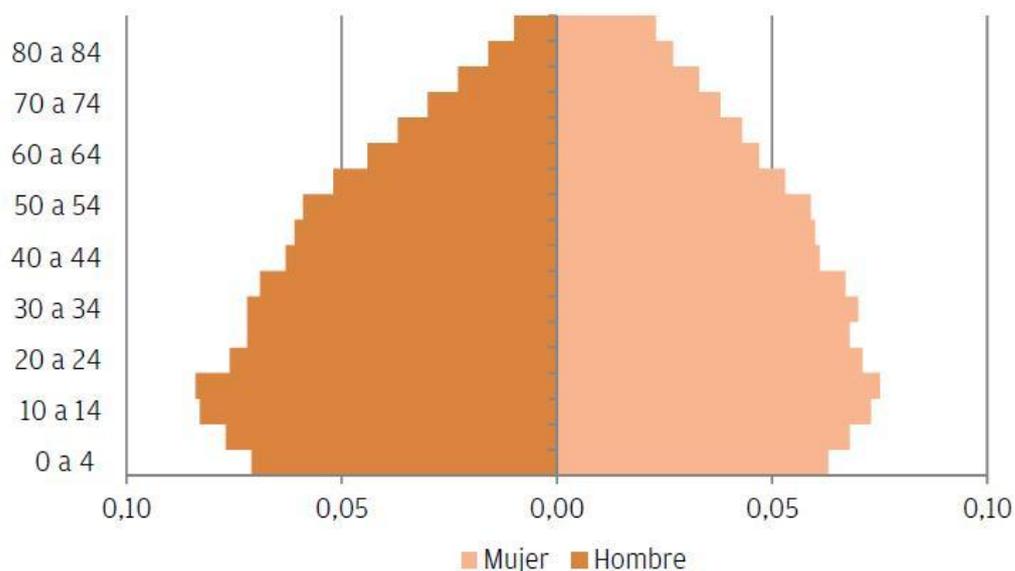
Cuadro: PROTECCIÓN Y CUIDADO DE PERSONAS MAYORES SEGÚN SEXO DEL/LA ENCUESTADO/A.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
El Estado	10,3	4,7	7,1
Principalmente el Estado con ayuda de las familias	8,9	8,8	8,8
Por igual el Estado y las familias	26,1	22,4	24,0
Principalmente las familias con ayuda del Estado	25,4	32,6	29,6
Solamente las familias	26,4	28,9	27,8
Agentes sociales, comunidad, con el Estado	2,9	2,6	2,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Aguirre y Batthyány (2005): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*, UNIFEM-UDELAR, Montevideo, 2005.

ANEXO IV

Gráfico 1. Pirámide de población



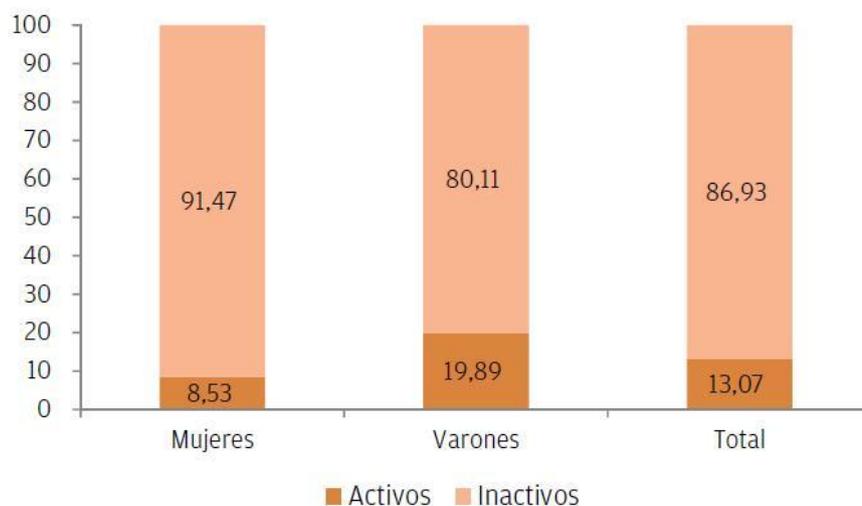
Fuente: elaboración propia en base al Censo 2011

Cuadro 1. Total de personas adultas mayores según tramos de edad

Tramos edad	Total	Porcentaje
65 a 74 años	243958	52.61
75 a 79 años	93659	20.20
80 y más años	126109	27.19
Total	463726	100.00

Fuente: elaboración propia en base al Censo 2011

Gráfico 11. Porcentaje de personas adultas mayores según condición de actividad y sexo



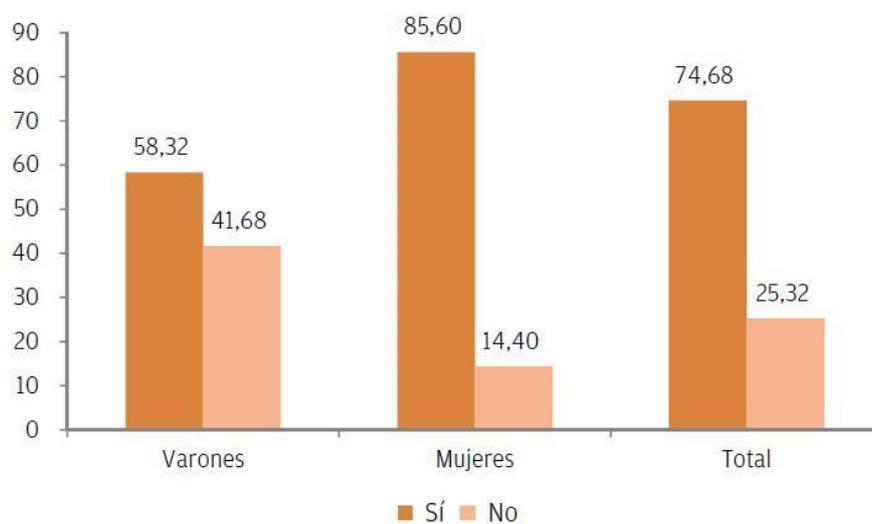
Fuente: elaboración propia en base al censo 2011

Cuadro 5. Porcentaje de personas adultas mayores que perciben jubilación o pensión por sexo

Jubilado o pensionista	Varones	Mujeres	Total
Sí	86.58	86.20	86.35
No	13.42	13.80	13.65
Total	100.00	100.00	100.00

Fuente: elaboración propia en base al censo 2011

Gráfico 13. Porcentaje de personas adultas mayores que realizan quehaceres del hogar según sexo



Fuente: elaboración propia en base al censo 2011
