

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

**Cuidados para adultos/adultas mayores:
período 2010-2014**

Mariana Rivero Romero
Tutora: Ana Laura Cafaro

2015

Simplemente Gracias...

A mi familia... quienes confiaron en mí siempre. Alentaron la perseverancia y la fuerza para seguir adelante y no rendirme. Bases fundamentales de este logro.

Clau, Eli y Luli...AMIGAS! Apoyo verdadero e incondicional del cual les voy a estar agradecida SIEMPRE. Han sido un pilar funda mental.

A mi amigo Jesús... mi compañero en este proceso académico. Quien bajó mis ansiedades simplificando aquello que parecía imposible. Feliz de haberte conocido.

Juan José e Iris...por contagiarme, aun más, la gran pasión por esta profesión.

A Laura...por acompañarme en esta última etapa. Fue un placer compartirla contigo.

Julieta... mi último empujoncito, ese sol que me ilumina el día y me llena de amor con cada sonrisa...Te amo!

Índice

Índice.....	3
Introducción	4
Estado de Bienestar	6
Regímenes de bienestar	7
Enfoque de derechos	8
Políticas Sociales	9
Situación de los cuidados en Uruguay	11
Desafío demográfico	12
Modelo Familiar	14
Como viven los/as adultos/as mayores.....	16
Situación de Dependencia.....	18
Cuidado como trabajo no remunerado.....	20
Historia	20
Trabajo no remunerado y uso del tiempo.....	21
Prestaciones públicas de cuidados para personas adultas mayores en situación de dependencia.....	25
Sistema Nacional Integrado de Cuidados.....	27
Camino recorrido	28
Servicios.....	33
Condiciones de acceso	35
Financiación.....	36
Regulación	37
¿Qué opinan algunos informantes calificados/as sobre la situación de los cuidados en el Uruguay y la futura implementación del SNIC?.....	38
Consideraciones finales.....	46
Bibliografía	50
Anexos.....	53

Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El mismo tiene el objetivo de analizar la situación en cuanto a la prestación de políticas sociales de cuidado a adultos/as mayores llevadas adelante por el Estado uruguayo en el período 2010- 2014. El trabajo se desarrolla desde una mirada teórica, académica y reflexiva de la disciplina del Trabajo Social intentando vincular las categorías cuidados, políticas sociales y género al análisis de la misma.

En una primera instancia, se expondrá el marco en el que se insertan las políticas sociales del Estado uruguayo, quien cumple con determinadas características y utiliza a las mismas como herramientas para dar respuesta a las demandas que plantea la población. Aquí solo serán consideradas, exclusivamente, aquellas demandas relacionadas al cuidado de personas adultas mayores en situación de dependencia.

Nos ocupa en un segundo momento, identificar y conocer la realidad en la que el Estado Uruguayo tiene que actuar. Una sociedad con estructura poblacional envejecida, feminizada y con importantes desigualdades de género en la distribución de las tareas de cuidados y el uso del tiempo destinado a la realización de las mismas.

Por último, visualizaremos las prestaciones de servicios públicos existentes o inexistentes, suficientes o carentes, brindadas por el Estado Uruguayo. Aquí se pondrá especial énfasis en la incorporación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Se analiza la propuesta focalizándonos en nuestra población objetivo.

Se espera que el trabajo, una vez finalizado, sea capaz de exponer e identificar las estrategias a desarrollar por el Estado uruguayo con el fin de contribuir a la equidad de género en las tareas de cuidados y en viabilizar el SNIC propuesto, así como también profundizar en un fenómeno que se presenta actualmente a nivel mundial pero centrándonos en la realidad uruguaya.

En relación a la metodología sobre la cual se basa nuestra investigación, se efectúa una revisión bibliográfica del tema, utilizando fundamentalmente aportes teóricos. El análisis se complementa con aportes recogidos a partir de la realización de entrevistas semiabiertas a personas especializadas en dicha temática.

La realización del presente trabajo busca contribuir con el saber técnico-profesional así como también fortalecer el papel del Trabajo Social en su rol vinculado al cuidado de la población adulta mayor.

Estado de Bienestar

En el siguiente trabajo presentamos, en una primera instancia, al Estado de Bienestar como el marco general en que se instauran las políticas sociales que dan respuesta a las necesidades que afronta la sociedad uruguaya.

Cuando hablamos de los Estados de Bienestar Keynesianos hacemos referencia al surgimiento de una idea colectiva de igualdad entre los beneficios estatales: “basados en los criterios de universalidad, solidaridad e integridad” (Sunkel, 2006:22) de los sistemas de seguridad públicos. Es así como la conciencia social se transformó con respecto a la anterior a 1945, el concepto de Estado mínimo fue cambiando hacia una idea de Estado paternalista y principal responsable de sanar las secuelas de una nueva cuestión social a partir de políticas sociales.

La mayor intervención del Estado a través de estas políticas, provoca un aumento del gasto público, acompañado de una importante desmercantilización de los servicios. Este último puede observarse a través del “grado en el que los Estados de bienestar debilitan el nexo monetario al garantizar derechos independientes de la participación del mercado” (Esping Andersen, 2000: 64). Dicho proceso trascendió “de la caridad a la conciencia colectiva” (Swaan, 1992: 264) y permitió una desfamiliarización social, entendida como “una colectivización de las necesidades de las familias” (Sunkel, 2006:120). Sin romper con el modo de producción capitalista, establece mecanismos de redistribución por el cual el beneficio de los sectores más ricos de la sociedad se ve acompañado por el incremento del bienestar de los sectores más pobres.

El Estado Social no es una primera fase hacia el socialismo, ya que éste se basa en el modo de producción capitalista, tal como plantea Picó: “el Welfare State (Estado de Bienestar) se basa sobre el excedente económico producido por la economía capitalista de mercado y su estructura se ha de adaptar a las leyes básicas que gobiernan este sistema económico” (Pico; 1987:134-135).

Para el estado de Bienestar es imprescindible el crecimiento económico tal como Keynes lo propuso, ya que la base de su teoría se fundamentaba en que un aumento del gasto público generaría una distribución igualitaria del ingreso, asegurando la satisfacción de las necesidades mínimas.

Juliana Martínez (2007), amplía el concepto de Estado de Bienestar y lo define como “el manejo, individual o colectivo, de múltiples riesgos sociales que van desde el hambre hasta la vejez pasando por la enfermedad y la inseguridad” (Martínez, 2007: 4). La posibilidad de hacer frente a los diferentes riesgos esta sesgada por la accesibilidad y los derechos que poseen las personas.

Regímenes de bienestar

Esping- Andersen (1987) considera y evalúa tres agentes proveedores de bienestar y protección, que corresponden a las unidades o ámbitos estratégicos: familia, mercado y Estado. Utiliza esta tríada para comparar y caracterizar los diferentes regímenes de bienestar: liberal, conservador y socialdemócrata. Este autor incorpora en posteriores estudios un cuarto actor: la comunidad (Esping- Andersen, 2000).

Esta clasificación es tomada desde el escenario Europeo y al contrastar con América Latina, Filgueira (1998) toma algunos indicadores, como la cobertura, el gasto, su distribución sectorial, y los niveles de prestación de servicios como por ejemplo la educación. Es a partir de este análisis que establece la siguiente clasificación: a) Universalismos estratificados, b) Duales y c) Excluyentes.

En los primeros, el Estado es un nexo importante y la presión de acciones colectivas de actores sociales con un fuerte peso logran extender los seguros sociales, los servicios de salud y la educación primaria llegan a una gran parte de la población. Esto impacta en un descenso importante de la desmercantilización, pero el acceso a los mismos es fuertemente estratificado tanto en la calidad como en los tipos de protección. Por otra parte, queda rezagado o al margen, todo aquel individuo que no se encuentra directamente ligado al mercado de trabajo y/o no vive en las ciudades, por ejemplo trabajadores/as rurales. Luego, aquellos países clasificados como “Duales” son de gran heterogeneidad en el desarrollo de las regiones que lo componen, si bien existen servicios casi universalizados, como la educación, y sobresalientes grados de cobertura de salud, los aspectos estratificados son más importantes que en el anterior. Por último, los “Excluyentes”, poseen sistemas de seguro social y de salud pero el acceso a la educación deja afuera casi el 50% de la población. El Estado está captado por elites que se apropian de las rentas en

su beneficio y no las vuelcan en servicios de protección social. (Filgueira, 1998).

Ante esta clasificación, podemos decir que Uruguay posee características compartidas, asemejándose principalmente a un Universalismo Estratificado. Cuenta con políticas de alto alcance en relación a determinadas demandas, pero de gran nivel de estratificación en relación a la calidad de los servicios.

Enfoque de derechos

Si pensamos en el vínculo Estado/ Sociedad, en este documento partiremos de un enfoque de derechos con el cual consideramos que:

“el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado, (de esta manera) no se considera la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas”. (Abramovich, 2006: 36).

Vinculado con nuestro objeto de estudio, los cuidados de la población adulta mayor dependiente como principal inquietud de este trabajo, involucran diferentes inequidades desde el tiempo destinado, la responsabilidad (principalmente depositada en las mujeres), la precaria remuneración de la tarea, escases de servicios públicos, entre otros. Es por esto que debe reconocerse el derecho a ser cuidado/a, cuidar y cuidarse como propio de las personas, y del cual la sociedad en su conjunto es responsable. Este reconocimiento, implica la necesidad del pasaje desde una responsabilidad privada a pública.

Según Abramovich (2006), los derechos humanos pueden officar de guía hacia las políticas públicas y el marco legal de los Estados con el fin de contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas y actuar como garantes de esos derechos de las personas (tanto civiles, políticos, económicos, sociales o culturales). Al considerar los cuidados como uno de éstos se pretende

“(...) considerar a los ciudadanos y las ciudadanas como titulares

de derecho al cuidado, derecho que se debe satisfacer a través de los sistemas de seguridad social de cada Estado. Es decir, la idea de incorporar la exigibilidad de una oferta de cuidado por parte de los Estados y de los empleadores, según corresponda”. (Pautassi, 2007: 32).

Esta perspectiva debe estar acompañada por una visión universalista, de alcance a la totalidad de la población. Poder hacer uso de los derechos de forma igualitaria y equitativa habla del acceso a la ciudadanía y de los niveles democráticos que poseemos como país.

En relación a esta accesibilidad, Fraser (1997) identifica que en la sociedad contemporánea, nos enfrentamos a dos tipos de injusticias ampliamente difundidas y arraigadas, estas son las socioeconómicas y las culturales o simbólicas, ambas entrelazadas. Es en pro de subsanar esas inequidades en el acceso que se deben implementar medidas con el fin de garantizar un pleno ejercicio de la ciudadanía. Esta autora plantea la utilización básicamente de dos tipos de estrategias, para las primeras la redistribución y para las segundas el reconocimiento.

Al hablar de redistribución se hace referencia a una búsqueda de equidad, redistribución del ingreso o reorganización del trabajo. Por su parte el reconocimiento involucra un cambio cultural y simbólico “podría implicar la transformación total de los patrones sociales de la representación, interpretación y comunicación” (Fraser, 1997:24). Más adelante profundizaremos en este aspecto, iluminando como los cuidados se encuentran ampliamente atravesados por estas dos injusticias a las que Fraser hace referencia.

Políticas Sociales

Los diferentes órdenes estatales, también presentan diferencias en el tipo de políticas adoptadas a la hora de dar respuestas a las necesidades y demandas de la población. Aquellas de cohorte residual o asistencial, en mayor o menor grado, se encuentran presentes en los tres regímenes de bienestar identificados por Filgueira (1998) y se orientan a los sectores más vulnerables. Ningún régimen latinoamericano alcanza los niveles de igualitarismo, política de empleo, movilidad social, desmercantilización, mínima estratificación y

extensión de los derechos sociales del régimen socialdemócrata europeo, así como tampoco ninguno de ellos posee un rol de la familia como el presente en el régimen corporativista. Es el Estado quien a través de las políticas sociales actúa de facilitador en la accesibilidad a bienes y servicios.

Estas políticas pueden ser clasificadas según Filgueira (1998) como universales o focalizadas, siendo las primeras aquellas prestaciones con las cuales el Estado beneficia a todos/as los/as ciudadanos/as, sin tomar en cuenta el nivel socioeconómico, pobreza u otros aspectos. Tienden a prevenir situaciones de privación, son proactivas.

En cambio las políticas focalizadas son prestaciones restringidas a un subgrupo dentro del universo (el cual se arma por algunas características relacionadas a una situación de carencia), en otras palabras, para acceder a la asistencia el sujeto tiene que demostrar la necesidad. Actúan una vez que la privación ha sucedido por lo que se denominan reactivas (Filgueira, 1998).

Aquí nos interesaremos por investigar particularmente el tipo de respuesta brindada por parte del Estado a la demanda de cuidados, la mayor oferta de estos servicios son encontrados en el sector privado siendo muy reducida y focalizada la oferta pública.

Situación de los cuidados en Uruguay

El concepto cuidado, es un término que está en el debate académico de las ciencias sociales a partir de los años 70 (desde los países anglosajones impulsado por las corrientes feministas), aún continúa siendo definido de diferentes formas por las múltiples disciplinas y lejos está de llegar a una noción de consenso. Aquí tomaremos las palabras de Rosario Aguirre quien refiere al cuidado como:

“el conjunto de actividades, ya sean remuneradas o no, destinadas al bienestar de las personas. Es concebido bajo la forma de un apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas dependientes, pero también a toda persona, en tanto sujeto en situación de riesgo de pérdida de autonomía”. (Aguirre, 2011: 8).

De esta manera, la autora destaca el cuidado como una tarea de carácter social, que conjuga la dedicación con el involucramiento, tanto emocional como afectivo.

En Uruguay se hace presente un gran déficit de cuidados, situación que ha sido identificada por Batthyany (2006) bajo el título de Crisis del Cuidado, definiendo dicho fenómeno como “el momento histórico en que existe un desajuste entre la oferta disponible de cuidados y la demanda o necesidades de los mismos”. (Batthyany, 2006: 121).

Esta crisis del cuidado se da a partir de la combinación de distintos escenarios, por un lado el incremento en el número de responsabilidades socialmente adjudicadas a las mujeres, y por otro, una estructura poblacional envejecida. Según estadísticas y proyecciones la problemática todavía no ha impactado con todas sus fuerzas debido a que aún se cuenta con una generación de mujeres que suavizan el impacto (aquellas de 55 años y más que no están incorporadas al mercado laboral). Es previsible que la situación se vea acentuada dentro de un tiempo poniendo el tema de los cuidados en el centro de toda preocupación social y política (Batthyany, 2006).

Este tema se presenta como una dificultad para muchas familias, sobre todo por las transformaciones sociales y culturales que se han dado en las últimas décadas: disminución de la fecundidad, transformaciones en los modelos de familia, incorporación de las mujeres al mercado laboral y

académico, declive de los instrumentos colectivos de protección social, cambios en las percepciones y valores de las familiares así como también el ya mencionado envejecimiento poblacional. En este sentido, el cuidado se ha instalado como parte de la agenda de debate de especialistas de distintas disciplinas interesados/as en la vejez y el envejecimiento (Fernández, 2012).

En el presente trabajo, como ya se mencionó, nos centramos en el cuidado de la población adulta mayor. Éste es un tema de reciente interés y relevancia académica como objeto de investigación, lo cual ha generado un acumulado teórico que tomaremos como base de partida para este documento.

Desafío demográfico

A efectos de contextualizar, explicitaremos la realidad demográfica en que se encuentra Uruguay actualmente, la cual es producto de un conjunto de transformaciones que se han venido gestando previamente.

En una primera instancia, podemos decir que el país enfrenta un desafío demográfico que lo ubica como el más envejecido de la región. Según datos del último censo 2011(Thevenet, 2013) el número de adultos/as mayores asciende a 463.726 y representa el 14.11% de la población total, estos datos pueden observarse de forma gráfica en la pirámide de población correspondiente a Uruguay, la cual ilumina la etapa post-transicional en la que se encuentra el país. (Ver anexo 1)¹.

Estos cambios comenzaron a enfrentarse de forma temprana, Uruguay junto a Argentina y Cuba conformaron el grupo de países pioneros dentro de América Latina en dar inicio al proceso de transición demográfica, anticipándose unos 30 años en relación al resto de los países del continente. Desde fines del SXIX y comienzos del SXX, se percibe un continuo descenso de la mortalidad, acompañado de un posterior descenso de la natalidad. Se transita desde altas tasas de mortalidad y natalidad hacia bajas tasas de ambas, dichos declives no se dan de forma simultánea sino que hay un desfase temporal entre ambas dando un aumento poblacional importante hasta el momento de llegar al nuevo equilibrio. Este aumento fue agudizado por

¹ En este documento los anexos se encuentran disponibles en el CD.

las altas tasas de inmigración de comienzos de siglo, siendo Uruguay un país receptor de inmigrantes principalmente europeos.

Esta condición de país receptor no perdura en el tiempo, dando lugar a modificaciones a medida que avanza el S XX. Acontecimientos como la crisis de 1929, la década de 1970 con la instalación de la dictadura, los años que siguen a 1982 con la ruptura de “la tablita”, la crisis del año 2002, entre otros, fueron factores que posicionaron a Uruguay con un saldo migratorio de signo negativo. La población que tomaba la decisión de migrar era en su gran mayoría jóvenes en edad de reproducción, lo cual favoreció a dicho proceso de envejecimiento poblacional (Cabella, 2007).

La baja en la tasa de mortalidad es un fenómeno que se presenta a nivel mundial y los factores que han incidido en esto son los avances en la medicina, modificaciones en los programas de salud como lo fueron las campañas de vacunación masiva, saneamiento, agua potable, mejoras en la nutrición y el nivel de vida de las personas, transición epidemiológica (cambios en las causas de muerte), entre otros. Esta baja en la tasa de mortalidad trae aparejado un aumento en la esperanza de vida al nacer, pero este aumento es diferente para cada sexo, mostrando a principios del S XX una diferencia de 2 años las mujeres sobre los varones y llegando a 8 en el año 2011. (Thevenet, 2013).

Si sumamos a este análisis del envejecimiento poblacional la distribución por sexo, se observa el proceso de feminización que lo acompaña. Como vimos anteriormente, las mujeres uruguayas tienen una mayor esperanza de vida respecto a los varones del país. Según el informe que brinda la OMS en el año 2014, la esperanza de vida de los hombres se ubica en los 73 años mientras que las mujeres llegan a los 81 años de edad. Éstas, son representantes del 56.36% de la población entre 65 y 74 años, porcentaje que se incrementa hasta alcanzar el 67.57% de la población mayor de 79 años. (Ver anexo 2).

El conjunto de estos factores ha provocado que el índice de envejecimiento actual en Uruguay sea de 65.36 personas mayores de 65 años cada 100 personas menores de 15 años. Nacen cada vez menos uruguayos/as y viven cada vez más años, lo cual ha provocado el pasaje de una gráfica poblacional piramidal caracterizada por una mayor proporción de población joven a una de apariencia rectangular donde los grupos de 60 años y más pasan a engrosar la pirámide principalmente con representación femenina. (Ver anexo 3).

Ambas modificaciones en la estructura demográfica, son una tendencia mundial y han generado una particular atención en Uruguay por parte de la sociedad civil logrando alcanzar en los últimos años tener respuesta de los representantes políticos. Si bien dicha población adulta mayor representa un significativo porcentaje en el total, desde hace ya un tiempo, la información sobre su condición de vida se encuentra sesgada. En las encuestas continuas de hogares se recaban datos sobre indicadores de cobertura de salud y socio económicos, pero no sucede lo mismo si intentamos conocer sobre su entorno físico y social (situaciones de la vivienda, redes de apoyo social, discriminación, abuso y maltrato) (Paredes, 2010: 86).

Modelo Familiar

Ya avanzado el S.XX, Uruguay enfrenta la segunda transición demográfica, y con ella llegan nuevos cambios que continúan colaborando con el descenso de la tasa de natalidad. Desde mediados de la década de 1980, se observa un aumento del número de divorcios, descenso de la nupcialidad, aumento de las uniones consensuales y de los nacimientos fuera del matrimonio legal, así como también una postergación del inicio de la vida conyugal y de la reproducción (Cabella, 2007). Estos cambios han contribuido con la reducción de la fecundidad. Se ha estimado que en 1900 las mujeres tenían un promedio de 6 hijos, en 1950 desciende a 3 y en el año 2000 a 2,2 hijos por mujer, cerrando el siglo con cifras que comprometen el reemplazo de la población. (Varela, C. 2004).

El modelo familiar ha sufrido modificaciones, según expresa Barran y Nahum se pasa de un modelo constituido

“(...) por una esposa muy joven, casi adolescente, el hombre mayor y numerosos hijos (...) a otro constituido por una esposa madura y un número de hijos que a menudo sólo garantizaba el mantenimiento del nivel poblacional, no su superación. A la mujer-madre sucedió la mujer empleada, obrera, profesional”.
(Barrán, J.P. y Nahum, B. 1979: 13).

Esto se ve acompañado por un nuevo status de la mujer, quien ya no es vista solo como un ser representativo de la maternidad y del mundo doméstico sino que se incorpora al mercado laboral y a la educación. Igualmente las

asimetrías de género en relación a las posibilidades con respecto a los varones continúan siendo de gran importancia. Barrán y Nahum señalan que

“si el batllismo fue la novedad política del novecientos; el proletariado montevideano, la social; la generación de intelectuales, la cultural; y el frigorífico, la económica, no nos caben dudas de que una nueva familia y el control de la natalidad encarnaron la novedad demográfica”. (Barrán y Nahum 1979: 38).

Estos cambios del modelo familiar intentan dejar atrás o integrarse al modelo de familia nuclear. Hoy, ya no podemos hablar de LA familia sino que debemos hablar de LAS familias. Son múltiples los arreglos familiares con los que nos podemos encontrar, pero hay determinadas conductas arraigadas y naturalizadas en relación al funcionamiento de esa familia nuclear que provoca dificultades a la hora de hacer efectivo el cambio de roles

“la organización de este tipo de familia se sustenta en una clara diferenciación de funciones entre los sexos. El hombre debería ser el proveedor económico de la familia, insertándose en la producción de bienes y servicios y actuando en los ámbitos públicos (política, vida social, etc). De su capacidad productiva y de su inserción social dependerán las condiciones de vida de su familia y el status que ésta tenga en la sociedad. La mujer se encargaría fundamentalmente de los aspectos reproductivos, del cuidado doméstico del hombre, niños y ancianos, concentrando su actividad en el interior del hogar”. (Aguirre, Fassler, 1994: 62-63).

Si bien la mujer ha logrado incluirse en otros ámbitos fuera del doméstico, no ha logrado abandonar de igual forma ese rol. Se puede hablar de una combinación de ambas tareas pero aún continúa siendo quien realiza, principalmente, las tareas domésticas y de cuidados. Este aspecto será retomado más adelante al observar las diferencias en horas dedicadas al trabajo no remunerado y al uso del tiempo entre hombres y mujeres.

Estos dos escenarios que no logran entrelazarse, este lugar de poder y privilegio que continúa ocupando el hombre y ese nuevo espacio de participación fuera del hogar por parte de la mujer, traen algunas consecuencias. Comúnmente estamos acostumbrados a escuchar que la familia está en crisis y ante esto Jelin (1998) se cuestiona

“¿qué familia está en crisis? Si se habla del modelo tradicional “ideal” del papá que trabaja afuera, la mamá que limpia y atiende a los hijos, y el nene y la nena, no hay dudas de que hay una situación de crisis. Esa familia “normal” está atravesada por mamas que trabajan, por divorcios y formación de nuevas parejas con hijos convivientes y no convivientes (los tuyos, los míos, los nuestros), por transformaciones ligadas al proceso de envejecimiento (viudez y hogares unipersonales). (Jelin, 1998: 17-18).

En el presente trabajo no es nuestro objetivo profundizar sobre los cambios familiares pero si consideramos que deben tenerse en cuenta a la hora de pensar en el tema cuidados, así como también a la hora de pensar en alternativas, estrategias y políticas públicas.

Como viven los/as adultos/as mayores.

Cabe explicitar que aquí será considerada a la población adulta mayor según la Ley de Promoción Integral de los Adultos Mayores “(...) 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”.(Ley N° 17.796, art 1).

Como ya hemos mencionado, esta población representa un importante porcentaje del total de uruguayos/as, tal es así que en 30,25% de los hogares de todo el país se aloja al menos una persona adulta mayor. (Thevenet, 2013).

Según los datos recogidos a partir de la encuesta realizada en el marco del convenio “NIEVE MIDES 2012”, más de la mitad de las personas adultas mayores uruguayas viven solas o con sus parejas y a mayor edad, mayor porcentaje de viviendas unipersonales (Batthyány et al: 2014) (Ver anexo 4). El tipo de viviendas características son las particulares, ya sea en casas, apartamentos u otras, representando un 97%. Por lo tanto, menos del 3% de esta población habita en viviendas colectivas y dentro de estas, solamente el 2.49% vive en residenciales para ancianos. (Ver anexo 5).

El censo 2011 muestra que en Montevideo se encuentran unos 396 centros de larga estadía donde viven 6.034 personas adultas mayores (Thevenet, 2013). Al comparar esta información con la recogida desde el

Instituto del Adulto Mayor, MIDES², se puede observar una gran diferencia entre centros de larga estadía existentes y centros de larga estadía habilitados. En la ciudad de Montevideo sólo se cuenta con 12 residencias habilitadas por dicho instituto y si hablamos a nivel nacional el número asciende solo a 15 de éstas. (Ver Anexo 6).

Continuando con la composición del hogar, se observa una diferencia entre ambos sexos. El 54.06% de los hogares unipersonales están constituidos por mujeres. Según Thevent (2013) esto podría asociarse a la mayor esperanza de vida de las mismas, así como una mayor predisposición a vivir con sus hijos/as cuando quedan solas, siendo mayor el porcentaje de mujeres que ocupan hogares extendidos (Ver anexo 7). El porcentaje de viudas supera ampliamente al de viudos, 77,88% sobre un 40,87% respectivamente.

Solo un 12% de las personas adultas mayores no tienen hijos y un 17% no tiene nietos, de lo cual se deduce que la mayoría de esta población si los posee (88% y 82% respectivamente). Generalmente cuentan con familiares directos, pero una pequeña minoría convive con ellos ya que "(...) la modalidad de convivencia de las personas mayores en Uruguay es en familias reducidas y mayoritariamente unigeneracional (...)" (Batthyány et al. 2014: 16).

El hecho de no compartir el mismo hogar no implica que no haya cercanía con los familiares y que no mantengan un contacto frecuente. Si bien no se comparte un mismo hogar, sí se identifica un alto porcentaje de "vecindad" en los domicilios, manteniendo un contacto usual y siendo estos su potencial apoyo. (Ver anexo 8) (Batthyány et al. 2014)

Suele haber una connotación implícita de asociar la vejez con la incapacidad, pero debemos recordar que un gran número de personas adultas mayores continúan activas, participativas e incluidas enérgicamente en su lugar de ciudadano. Un 66% de los adultos mayores se autodefine como jefes de hogar, lo cual muestra una alta capacidad de autonomía por parte de los mismos, de igual forma se puede observar una reproducción de los patrones

2 Instituto Nacional de Adultos Mayores (INMAYORES), fue creado mediante la ley 18.617 y entró en funcionamiento el 2 de enero de 2012 en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Tiene como cometido la promoción integral de las personas adultas mayores y son sus funciones el diseño, la coordinación y evaluación de las políticas sociales dirigidas a esta población.

(<http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/v/14519/4/innova.front/presentacion>).

tradicionales, donde las mujeres que se autodefinen jefas de hogar ascienden a un 58% y en los hombres a un 77%(Ver anexo 9) (Batthyany et al. 2014).

Batthyany, Genta y Perrota (2012) evidencian que un 90% de esta población expresa su deseo de ser cuidado/a en su domicilio en caso de necesitar un/a cuidador/a, a su vez, a la hora de seleccionar ese cuidador/a un 47% manifiesta preferir un familiar mientras que un 43% considera contar con un/a particular.

Situación de Dependencia

Aquí focalizaremos nuestra mirada hacia aquellos/as adultos/as mayores que se encuentran en situación de dependencia (transitoria, permanente, crónica o asociada al ciclo de vida), por lo cual importa destacar que ser adulto/a mayor no implica ser dependiente. Éste estado puede ser producto de una enfermedad, discapacidad, pérdida de autonomía funcional, vulnerabilidad, fragilidad o de la edad, en otras palabras

“la dependencia humana no es algo específico de determinados grupos de población, sino que es la representación de la vulnerabilidad de las personas; es algo inherente a la condición humana, como el nacimiento y la muerte” (Kittay 1999 apud. Carrasco, Borderias y Torns, 2011: 53).

Según palabras de Leticia Pugliece

“Se considera (un individuo) dependiente cuando no puede realizar sin ayuda de otra persona, algunas actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, (...) para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social”. (Pugliece, 2011: 109).

Si bien se está en conocimiento de que existen diferentes tipos de dependencia (económica, afectiva, entre otras), es partiendo de esta definición que consideraremos la dependencia de tipo funcional, tanto las referidas a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Por las primeras se entienden todas aquellas actividades fundamentales para una vida autónoma y de auto-cuidado

siendo necesario que otra persona lo/a asista en caso de no poder realizar dichas tareas. Las segundas (AIVD), hacen referencia a un medio para poder realizar una tarea más compleja (Batthyany et al. 2014).

En la encuesta “Detección de dependencia de población adulta mayor dependiente” realizada por MIDES-NIEVE, 2012 se obtuvieron datos que evidencian la situación actual de esta población en Uruguay. El 22,8% de las mujeres y el 6,5% de los hombres entrevistados declaran tener algún tipo de dependencia, lo cual muestra un mayor impacto en las mujeres. (Ver anexo 10). Otro dato sobresaliente es el incremento tanto de dependencia severa a moderada (DSaM), como de dependencia leve (DL) en los grupos de mayor edad, pasando de 3,3% a 9,8% y de 7,0% a 13,3% respectivamente. Dentro del grupo de personas que poseen DSaM y que manifiestan necesitar ayuda para la realización de ABVD, sólo un 64% declara recibirla, quedando carente de esta un 36%. (Ver anexo 11). Cuando se evalúan las DL, los valores si bien mejoran, continúan siendo llamativos, un 83,8% expresa recibir ayuda, mientras que un 16,2% manifiesta no recibirla para la realización de las AIVD (Ver anexo 12) (Batthyány et al. 2014).

Se observa que las personas que padecen algún tipo de dependencia viven solas en porcentajes significativos, un 18,8% dentro del grupo de DSaM y un 36,7% con DL, situación que agudiza la vulnerabilidad de los individuos. Las ayudas recibidas son básicamente por parte de las familias.

Cuidado como trabajo no remunerado

Historia

Las personas necesitamos de los cuidados a lo largo de todo nuestro ciclo de vida, por lo cual es pertinente preguntarnos ¿Quién se hace cargo de brindar dicho servicio? Carrasco, Borderias y Torns (2011) en su obra “El trabajo de cuidados” nos muestran como la desvalorización del trabajo doméstico y del cuidado fue una construcción social que acompañó al desarrollo de la producción mercantil, así como también se gesta desde ahí una desigualdad de sexos en la realización de las tareas.

Si se buscan investigaciones sobre la historia del trabajo, se observa que el lugar que ocupa en la actualidad el trabajo no remunerado es producto de un largo proceso que comenzó con la transición al capitalismo liberal. En los hogares preindustriales, estas labores variaban sensiblemente en relación al sexo. En algunos lugares los hombres participaban de forma activa en el proceso de preparación alimentaria, por ejemplo cortaban la leña para el fuego, participaban en la matanza de animales y en las labores de conservación de los alimentos (Cowan 1983 apud Carrasco, Borderias y Torns, 2011). Las tareas consideradas hoy como genuinamente domésticas, como el lavado de la ropa, la limpieza de la casa, la preparación de los alimentos y el cuidado de menores eran una parte ínfima de todas ellas y ni siquiera algo cotidiano (Ehrenreich y English 1975 apud Carrasco, Borderias y Torns, 2011).

El proceso de industrialización vació a la familia de sus funciones productivas, la mercantilización de dichas funciones desplazó a los trabajos de cuidados hacia el centro del trabajo familiar doméstico. En este proceso son las mujeres quienes quedaron como responsables “naturales” del cuidado. (Knibiehler 1977 apud Carrasco, Borderias y Torns, 2011).

Desde mediados del S XVIII, estas prácticas asumidas como propias de las mujeres comienzan a ser cuestionadas, se produce un desplazamiento desde el servicio doméstico (asalariado) o “la comunidad” (redes familiares) hacia el ámbito privado de la familia. Fue un proceso ciertamente lento y dificultoso, sobre todo entre las clases trabajadoras dadas las altas tasas de actividad femenina de la época, pero puede considerarse como uno de los cambios más significativos de la época contemporánea. (Rose 1992 apud Carrasco, Borderias y Torns, 2011).

A fines del S XIX, diferentes movilizaciones femeninas en lucha por la reducción de la jornada laboral, fueron apoyadas por asociaciones obreras masculinas debido a que se consideraba que eran incompatibles dichas jornadas con la realización de las tareas de la casa, las cuales eran vistas como algo exclusivamente femenino. Este problema traspaso lo privado llegando a la órbita pública en pedido de políticas que dieran respuesta a las condiciones de cuidado, principalmente de menores. (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En las primeras décadas del S XX, las mujeres que realizan trabajos domésticos dejan de ser consideradas “Trabajadoras domésticas” o “dependientes de un ganador del pan” y pasan a ser identificadas como “inactivas” o “improductivas”, contribuyendo a su opacidad, las primeras reivindicaciones de un salario para las amas de casa datan de finales del siglo XIX. (Borderías 2003 apud Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Trabajo no remunerado y uso del tiempo

Hoy, ya transcurriendo el siglo XXI, las desigualdades en cuanto a la utilización del tiempo continúan mostrando importantes inequidades en lo que hombre/ mujer refieren. Es en pro de investigar sobre las mismas que en el año 2007, a partir de las inquietudes de diferentes científicos sociales, se incorpora en la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) una sección con el nombre “Uso del tiempo y trabajo no remunerado”. A partir de estos resultados se logra materializar datos sobre el uso del tiempo y la participación de los miembros de los hogares, mujeres y hombres, de 14 años y más. Se entiende al trabajo no remunerado como “el conjunto de trabajos integrado por el trabajo doméstico familiar, los cuidados infantiles, de dependientes y de enfermos, el trabajo voluntario y los servicios que se brindan a otros hogares sin recibir pago alguno”. (Aguirre et al, 2008: 21).

Los resultados arrojaron numerosos datos, dentro de ellos se observa que en el rango de edad entrevistado, un 91% declara realizar tareas no remuneradas. A su vez, si disgregamos esta evidencia entre sexos se identifica una diferencia de 11 puntos porcentuales, ubicándose las mujeres con un 96% y los varones con un 85%. Al traducir estos valores en horas semanales se dirá que destinan 36,3 y 15,7 horas respectivamente, con lo cual estaríamos hablando de menos de la mitad de tiempo. (Ibídem).

Podríamos llegar a pensar que aquellas mujeres que viven en pareja logran disminuir el tiempo dedicado al trabajo no remunerado a causa de vivir con alguien con quien compartir la realización de dichas tareas, pero esto no sucede así. Los datos muestran para estas mujeres los porcentajes más altos, alcanzando las 45,7 horas semanales y dedicando un total de 6 horas diarias más que los varones en estos trabajos. A modo de contribuir con la visualización de dichos números, cabe mencionar que estamos hablando de $\frac{1}{4}$ día, lo que equivale a una jornada laboral. Aquellas que se definen como jefas de hogar disminuyen sensiblemente ubicándose en 35 horas semanales.

Sin importar cuál sea la duración de la jornada de trabajo, no hay una correlación entre mayor jornada /menor cantidad de horas dedicadas al trabajo no remunerado. La dedicación temporal de las mujeres hacia este tipo de actividades supera a la de los varones en todos los casos. Dedicar poco más de un tercio de su tiempo al trabajo remunerado (35%), mientras que los hombres dedican casi un 65%. Esta situación además del cansancio físico y stress que genera, también “condiciona las opciones laborales y la posibilidad de capacitarse y de ascender” (Aguirre, 1998:79).

A partir de estos datos cuantitativos podemos corroborar una injusta repartición de las tareas no remuneradas, quedando las mujeres uruguayas como las principales encargadas de realizarlas y viéndose altamente perjudicadas.

Fraser (1997) hace mención al género como una categoría que estructura la división fundamental entre el trabajo remunerado “productivo” y el doméstico “reproductivo”. Dentro del remunerado se estructura en salarios altos y bajos, el género no es sólo un factor de diferencia político-económico sino también cultural-valorativo. La autora identifica como una de las principales características de la injusticia de género al androcentrismo, definiéndolo como “la construcción autoritaria de normas que privilegian los rasgos asociados con la masculinidad” (Fraser, 1997: 32). Esta característica es acompañada por el sexismo, identificado como “la difundida devaluación y desprecio de aquellas cosas que se codifican como femeninas” (Ibídem: 33). Este conjunto de trabas y tensiones generan desgastes en el tránsito de la vida cotidiana, interfiriendo en las posibilidades de las mujeres de alcanzar autonomía económica y practicar plenamente los derechos de la ciudadanía social (Aguirre et al, 2008).

Históricamente se han observado estas inequidades vinculadas a la realización de las tareas de cuidados y podemos decir que las bases de esto están asentadas en una sociedad patriarcal, con una dominación masculina. Estas relaciones de desigualdad y de división sexual del trabajo se han reproducido en nuestra sociedad, identificándose al hombre como sujeto productivo y a la mujer como sujeto reproductivo (con el rol de madre, cuidadora y ama de casa en forma natural) (Batthyany, 2006).

La categoría género ha tenido una gran influencia en la división sexual del trabajo, diferentes roles asignados para hombres y mujeres los cuales, según Rosario Aguirre

“varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo (...). Es una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de hombres y mujeres en diversos ámbitos tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país o una cultura” (Aguirre, 1998: 19).

De esta manera se puede identificar como el uso del tiempo no es algo que se desarrolla de forma arbitraria, por el contrario está predeterminado de forma implícita aquello que se debe hacer por ser mujer y lo que se debe hacer por ser hombre, la reproducción de estos roles mantiene las desigualdades de poder existentes entre ambos sexos. (Aguirre, 1998).

Esta construcción está inserta en la vida cotidiana de las personas, que es en definitiva la vida misma del hombre, es el lugar en el cual se desenvuelve, produce y se reproduce a diario. La cotidianidad es el espacio donde el ser humano genera estrategias, toma decisiones y realiza prácticas, en el marco del lugar que ocupa en el mundo económico y social (Heller, 2002), los cuidados están resueltos en el seno de la cotidianidad de la familia y dentro de ella en el rol de la mujer.

Como vimos, el trabajo no remunerado no es marginal, por el contrario tiene una importante presencia en cuanto al tiempo que se le dedica y representa una porción más significativa que el tiempo dedicado al trabajo remunerado. Es la priorización del trabajo mercantil lo que ha generado su invisibilidad, no es por su falta de importancia, por el contrario, este es de gran contribución al bienestar social y económico de las personas. Tal es la invisibilidad, que en el lenguaje cotidiano se estila hablar de manera indistinta sobre los términos “no tener trabajo” y “no tener empleo”. Estos no representan

a los mismos contenidos. Empleo hace referencia al que hacer remunerado, realizado a cambio de un pago, en tanto trabajo es más amplio y guarda relación con la forma en que las personas se integran a la sociedad. (Aguirre, 1998).

Prestaciones públicas de cuidados para personas adultas mayores en situación de dependencia.

Focalizándonos en la oferta pública, se pueden encontrar numerosos servicios destinados a promover un envejecimiento activo, desde diferentes instituciones se ejecutan acciones en promoción del desarrollo y disfrute de actividades como pueden ser talleres literarios, descuentos en el transporte, apoyo alimentario y de vivienda, programas educativos destinados a los/as adultos/as mayores, entre otros ³. Pero esta multiplicidad de recursos desaparece cuando focalizamos nuestra mirada hacia los servicios de cuidados de adultos/as mayores dependientes, ahí nos encontramos con un gran vacío. Una de las personas entrevistadas ⁴ plantea que en la actualidad se cuenta con

“(…) dos tipos de oferta de cuidados, tenés una oferta pública súper restringida (...) y por otro lado una oferta privada absolutamente desregulada, donde coexisten servicios de mucha calidad, muy caros, (...) inalcanzable para la gran mayoría de la población, y después a veces con pocos grises, porque son difíciles de encontrar opciones intermedias qué bueno, que no sean de tanta calidad”. (Gobierno, ex cargo político, hombre).

Desde el Banco de Previsión Social (BPS) se brinda el Subsidio de Cupos Cama, establecido por el Decreto 360/2004 del 7/10/2004. El servicio está destinado a jubilados y pensionistas (exceptuando pensiones a la vejez) con ingresos menores a 12 UR (a valores de julio 2015). Si se cumple con estas dos condiciones, un equipo técnico de la institución realiza la evaluación y se los/as deriva hacia un Hogar de Ancianos/as sin fines de lucro que previamente haya firmado convenio con BPS. El subsidio se compone con un aporte del 70% de la pasividad que percibe el jubilado o pensionista, y el 30% que aporta el BPS con recursos del Fondo Nacional de Vivienda para llegar al importe total. La persona, además, debe ser capaz de financiar los gastos ocasionados dentro de la institución, viéndose coartado el acceso a aquellas personas con altos niveles de dependencia y de pobreza.

³ Guía de recursos y servicios para adultos mayores, Intendencia de Montevideo, 2012.

⁴ El material obtenido en las entrevistas realizadas se encuentra disponible en el CD.

Otro de los recursos públicos existente, es el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo⁵. Éste forma parte del conjunto de políticas de atención a los/as adultos/as mayores en nuestro país, focalizándose principalmente en aquella población que reside en la capital y zona metropolitana, en situación de vulnerabilidad socio económica. Éste se define como un Hospital

“destinado a la atención geriátrica integral de adultos mayores vulnerables, a través de servicios de corta estadía o diurnos (Centro Diurno), de media estancia (unidad de media estancia y rehabilitación), de servicios de larga estancia, servicio de atención e inserción familiar, promoviendo y aportando el desarrollo de modelos y sistemas de proyección comunitaria”.
(<http://pineyrodelcampo.org.uy/>).

El mismo se encuentra discriminado en cuatro unidades según características de la población usuaria. Pabellón A (unidad de alta dependencia y cuidados paliativos) Pabellón B (unidad de auto válidos) Pabellón C (unidad de psicogeriatría) y Pabellón D (unidad de demenciados). Este centro dirige su atención hacia personas de 65 años y más que cumplan con las siguientes condiciones: Usuarios de ASSE en Montevideo, dependencia de causa física y/o mental de grado moderado a severo, situación socioeconómica precaria (ausencia absoluta y objetiva de entorno socio familiar continente e ingresos insuficientes) y no poseer ninguna patología aguda que requiera atención en hospital de agudos al momento del ingreso. Aquellas personas que cumplen con dichos requisitos pueden ingresar a las Unidades de Larga Estadía, donde su residencia será de forma definitiva y el cupo total asciende a 300 camas.

En este mismo centro se cuenta con una segunda opción la cual es denominada como Unidad de Media Estancia. En ella se ofrecen 12 camas de rehabilitación geriátrica y la estadía tiene un promedio de 30 días dirigida a usuarios/as proveniente de hospitales de agudos (hemiplejía, fractura de cadera, declinación funcional de cualquier causa). Si bien este beneficio no está dirigido hacia nuestra población objetivo nos pareció pertinente su mención.

⁵ <http://pineyrodelcampo.org.uy/>

Desde el Instituto Nacional del Adulto Mayor In Mayores, como espacio especializado en trabajar con esta población, no se ofrecen servicios destinados a la misma, sino que ejecuta la regulación y fiscalización de los establecimientos de larga estadía. Esta competencia se transfirió en enero de 2014, de acuerdo al artículo 298 de la Ley 19.149⁶ donde se transfirió al Mides las competencias de regulación, habilitación u fiscalización de los establecimientos que ofrecen servicios de cuidados a esta población.

Sistema Nacional Integrado de Cuidados

Ante este escenario es que se presenta la demanda de conformar el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay, con el cual se espera generar efectos positivos en la calidad de vida de las personas. Se tienen cuatro poblaciones objetivo, las personas adultas mayor, los niños/as (de 0 a 3 años), personas con discapacidad y el grupo de cuidadores/as.

“se espera generar mejores oportunidades de desarrollo de niñas/os, promover la autonomía, mejorar la autoestima y la salud mental de las personas en situación de dependencia adultas mayores y con discapacidad, alivianar la carga de quienes hoy realizan cuidados” (Cuidados como sistema, 2014:119)

Para esto se reconocen aquellas acciones humanas (mayoritariamente femeninas) insertas en cada núcleo familiar, desarrolladas como tareas no remuneradas. Se intenta lograr una protección social para todas/os a lo largo de su ciclo vital mejorando la oferta de cuidados. Para esto se hace necesario pensar en la articulación y regulación los servicios tanto públicos como privados, capacitar y formalizar a aquellas personas que realizan esta tarea así como fomentar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres. Esto último implica un cambio cultural, transitar desde un sistema familista hacia un modelo solidario y corresponsable. De igual manera, se espera promover la redistribución entre la triada Familia-Estado-Mercado, sembrar la autonomía,

6 Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19149&Anchor=>

aumento de la participación laboral femenina, colaborar en conciliar el trabajo productivo y el reproductivo, bajar los niveles de pobreza y desigualdad, mejorar el ausentismo laboral, reducir el gasto en salud, entre otros. (Cuidados como Sistema, 2014).

Camino recorrido

Si bien en este documento será considerado para la investigación y reflexión el período 2010- 2014, nos parece pertinente hacer una breve mención sobre algunos episodios que han contribuido con el proceso de incorporación de la nueva política de cuidados.

Este tema no nace con el gobierno del Frente Amplio en Uruguay, ya en la salida de la dictadura (1985), la Mesa Ejecutiva de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), aprueba documentos que señalan la no valoración de la doble jornada de trabajo de la mujer, así como también la falta de mecanismos y prestaciones del Estado en respuesta. Las feministas han desarrollado propuestas iluminando las desigualdades de las mujeres uruguayas siendo los cuidados un tema relevante entre sus preocupaciones. En 1988 la bancada representante del Frente Amplio, presenta tres proyectos de ley producidos por la Comisión de Mujeres retomando aportes de los documentos antes mencionados (Cafaro, 2014).

Una de las entrevistadas nos cuenta que desde la salida de la dictadura, ella en compañía de un grupo de mujeres, comienzan a reunirse identificando esas injusticias en cuanto a la sobre carga de tareas, denominadas por ellas como la segunda o tercera jornada. Al asumir como edila de la Junta Departamental en el año 1990

“empezamos a reunirnos allí con las demógrafas, todavía no había un espacio en la universidad específico para el tema demografía, es un país que fue haciendo las transiciones demográficas y nunca hubo políticas al respecto entonces bueno empezamos a trabajar con ellas para tener datos con Adela Peregrino con Ana Damonte (se logro marcar) esta locura del Uruguay que no preveía el aumento del envejecimiento con políticas públicas al respecto con regulaciones entonces que el mercado daba respuestas para quienes podían pagarlos pero

que ni siquiera estaba bien regulado, bien inspeccionado”.
(Gobierno, ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

Estos avances estimularon a continuar en esa línea de trabajo y de esta manera que se conforma una organización no gubernamental

“entre académicas y mujeres militantes, Clara Fassler arma la Red de Género y familia con Rosario Aguirre, Karina Batthyany, Soledad Salvador, es decir las mujeres que habían estado pensando este tema y empieza a hacerse como un trabajo permanente”. *(Gobierno, ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).*

Hacia finales de la década del 80 y continuando hasta los 90, una lógica de estado que beneficiaba el crecimiento económico, reduciendo su intervención como agente planificador, financiador y ejecutor de políticas públicas se hace presente, escenario que no favoreció el desarrollo de estas políticas.

En el año 2005 con la llegada del primer gobierno de izquierda, Uruguay tuvo un importante hito político y con él se identificaron esfuerzos, aunque no todos de excelente resultado, con el objetivo de promocionar y restituir derechos de determinado grupo de personas que históricamente se han encontrado en situaciones de desventaja e iniquidad en cuanto al acceso al bienestar y la protección social (Midaglia, Antias, 2007). Es aquí, en este escenario donde encuentra eco el tema de cuidados, impulsado fundamentalmente por feministas insertas en diversos ámbitos (Academia, cargo técnico, mujer).

El grupo de gobierno implementa a partir de este año un conjunto de estrategias como el PANES, Plan de Equidad, entre otros, contribuyendo a una nueva matriz de protección social. Quizás podríamos decir que la medida más visible en cuanto a la contribución con la seguridad social fue la creación del Ministerio de Desarrollo Social, el cual lleva adelante políticas sociales de orden no contributivo y focalizado en los sectores más carenciados.

En 2007, desde el gobierno fue implementado el “Diálogo Nacional sobre Seguridad Social” (DNSS), aquí diferentes actores públicos y privados participaron con el fin de evaluar el actual Sistema de Seguridad Social y visualizar posibles modificaciones. El mismo se organizó en base a cinco

grandes temáticas, I) demografía y seguridad social; II) inclusión, trabajo y seguridad social; III) seguridad social y protección social; IV) cobertura y seguridad social; y V) financiamiento de la seguridad social, conformándose una mesa para cada una de ellas. En este Diálogo Nacional florece la problemática del cuidado desde diferentes mesas

“se debe reconocer que éstas (políticas sociales) no han sido suficientes para apoyar a la familia en la tarea de cuidado de los miembros dependientes, de forma que las mujeres quienes mayoritariamente desempeñan ese rol, tengan la posibilidad de permanecer o incorporarse al mercado de trabajo” (Diálogo Nacional Sobre Seguridad Social: 10).

El movimiento de mujeres, en este año, al comenzar a discutirse el tema de una nueva matriz de protección social

“logramos (ya habían hecho Rosario Aguirre, Karina Batthyany, la gente de CIEDUR), hacer encuestas que tenían que ver con el tema del uso del tiempo, para marcar la diferencia entre las horas de trabajo remunerado y no remunerado”. (Gobierno, ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

También en 2007, el Poder Ejecutivo en Consejo de Ministros/as (Dec.184/007) aprobó el “Primer Plan Nacional de Oportunidades y Derechos, políticas públicas hacia las mujeres uruguayas 2007- 2011”⁷. La creación de éste estuvo liderada desde INMUJERES- MIDES⁸, con el objetivo de poder desafiar el conjunto de desigualdades y discriminaciones que enfrentan las mujeres en Uruguay. Para la creación de este plan se tomaron como principios orientadores aquellos planteados en la ley 18.104 “Igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres en la República”.

⁷Disponible en:

http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19692/1/3_plan_igualdad_amigable.pdf

⁸El Instituto Nacional de las Mujeres, fue creado en 2005 en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (Ley Nº 17.866, art. 6), es el organismo rector de las políticas de género, responsable de la promoción, diseño, coordinación, articulación y ejecución de las políticas públicas desde la perspectiva de género así como también de su seguimiento y evaluación. (http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/v/18220/6/innova.front/quienes_somos).

Entre el año 2007 y 2008, se logra colocar el tema en la agenda de gobierno

“todas nos combinamos desde distintos lugares y se logra meter el tema y que quede como un compromiso de una matriz de seguridad social que iba a empezar a pensar en un sistema de cuidados. Ahí las mujeres del frente amplio lo metemos en el programa del FA, y bueno eso queda en el programa y cuando asume el nuevo gobierno del frente amplio en el 2010 queda como un compromiso que tiene que desarrollar el MIDES”. (Gobierno, ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

En el año 2009, la Red Género y Familia convoca a mesas de diálogo con el fin de ingresar el tema a la agenda de gobierno obteniendo resultados exitosos. Con este logro, acompañado de la llegada de un nuevo gobierno de izquierda (2009), en mayo de 2010 el Estado Uruguayo da respuesta a la demanda social de transformaciones urgentes en la modalidad de intervención de las políticas públicas en esta área, es así como

“en 2010, a través de la resolución 863/010, el Presidente de la República creo el grupo interinstitucional para el diseño e implementación de un Sistema Nacional Integrado de cuidado. Este grupo se constituyo en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales el día 15 de junio del 2010 y en él han participado regularmente el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Banco de Previsión Social (BPS), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).” (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2011: 15).

Desde este momento, el tema cuidados ingresa a la agenda política ganando un lugar cada vez más preponderante fundamentalmente en función de sus cuatro poblaciones objetivos ya mencionadas anteriormente (adultos/as mayores, niños/as (de 0 a 3 años), personas con discapacidad y el grupo de cuidadores).

Este grupo de trabajo inicio sus actividades ese mismo año 2010. La primera etapa de trabajo consistió en diseñar los lineamientos generales, conceptuales y orientadores del sistema.

En 2011, se inicia una nueva etapa denominada Reforma Social, la cual “es un cambio estructural que socializa el acceso, lo universaliza, le da justicia social y pone acelerador en el tránsito hacia una sociedad de iguales” (Gabinete social, 2011: 6). La reforma plantea enfrentar el problema de la desigualdad desde una perspectiva socio económica, con lo cual se consideran desigualdades no solo de ingreso sino de territorio, género, origen étnico-racial, intergeneracionales, condición de discapacidad y orientación sexual e identidad de género. (Gabinete Social, 2011).

Esta reforma tiene como objetivo asegurar el ejercicio de derechos por parte de todos/as los/as habitantes, sin diferencias y en condiciones de equidad, dándole preponderancia a aquellos/as que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y contribuyendo a la promoción de la cohesión social. Es así como fueron considerados cinco pilares orientadores al momento de su creación, 1- De cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades 2- Carácter universalista del acceso 3- Conducción por parte del Estado, (no del mercado) 4- Participación social y 5- Incremento presupuestal para la política social. (Gabinete social, 2011).

Aquí también se le adjudico un espacio para la incorporación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) con el fin de contribuir a la protección de las personas en los distintos momentos de su vida y así

“garantizar el ejercicio de los derechos sociales por personas en situación de dependencia transitoria, permanente o asociada al ciclo de vida, promoviendo la autonomía personal y la atención y asistencia a las personas dependientes: el Sistema de Cuidados” (Gabinete Social, 2011: 23).

Para esta incorporación se tomaran en cuenta tres elementos: a- Reconocer por parte del Estado los derechos sociales así como la corresponsabilidad de dicha tarea; b- Situación demográfica del país (envejecimiento, baja natalidad en sectores medios y altos, y alta natalidad en sectores en situación de vulnerabilidad socioeconómica) y c- Aumento en las tasas de actividad femenina, los problemas en la calidad de las prestaciones

de servicios de cuidados desde el mercado. (Consejo Nacional de Políticas Públicas ,2011)

En este mismo año 2011, se llevaron a cabo debates nacionales con representación de instituciones públicas y privadas, con el fin de identificar los intereses y preocupaciones de los involucrados en el tema de los cuidados. Esta etapa de participación social ilumina una corresponsabilidad del Estado, no hay una propuesta impositiva sino de consulta para la posterior elaboración, se parte de las necesidades de la gente.

Al finalizar esta etapa de debate, en el año 2012 se dio inicio al proceso de elaboración de la propuesta del Sistema de Cuidados, siendo aprobada el mismo año por el Gabinete Social. Continuando con este proceso, el Grupo de Trabajo comenzó a formular las propuestas orientadas hacia la institucionalidad, financiamiento, regulación, formación y servicios así como también se comenzó con la implementación de algunas primeras experiencias pilotos. (Cuidados como sistema, 2014).

Los esfuerzos hacia la implementación de estas nuevas políticas de cuidado no están dados solo por un interés interno del país, hay marcos normativos internacionales que contribuyen con el desarrollo de las mismas. Particularmente en el tema Adultos/as Mayores, se destacan: Protocolo de San Salvador” (1988), Observación general N° 6 (1996) vinculada al Pacto de Derechos Económicos, sociales y Culturales, recomendación N° 27 (2010) sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. El reconocimiento internacional de la necesidad de modificar la división sexual del trabajo, especialmente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijin, 1995). Consenso de Quito (2007). XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, de 2010, Convenio N° 156 de la OIT, ratificado por Uruguay (Ley N° 16.063), entre otros. (Cuidados como sistema, 2014).

Servicios

A nivel nacional la incorporación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados tendrá un carácter progresivo, con dos horizontes, a corto y largo plazo con una primera y segunda etapa de implementación respectivamente, a través de políticas focalizadas y universales. (Gabinete Social, 2011).

Dentro de los servicios hacia los/as adultos/as mayores en situación de dependencia están en una primera instancia los cuidados domiciliarios. Los mismos poseen como población objetivo además a los/as niños/as y personas con discapacidad en dicha situación. Esta prestación buscará “brindar servicios de cuidados de calidad, a través de subsidios de horas de cuidado a cargo de cuidadores/as capacitados/as adecuadamente”. (Cuidados como Sistema, 2014: 82).

En el caso de las personas mayores, se pretende cubrir a todas aquellas que se encuentren en situación de dependencia severa, iniciando con un subsidio de 15 horas semanales hasta alcanzar las 30 horas. El Programa Nacional de Cuidados Domiciliario brindará apoyo a la realización de tareas dentro y fuera del domicilio. De esta manera la persona encargada de brindar el servicio contribuirá a lograr el propósito de “modalidad respiro” para las familias o quien se encargue del cuidado de esa persona a diario. (*Ibíd.*).

Dentro de las estrategias a implementar dentro del hogar, este Sistema también contará con un servicio de Teleasistencia destinado a personas adultas mayores con discapacidad. La ejecución de dicha herramienta constará de la instalación de una terminal en la vivienda del usuario/a conectada a un dispositivo tecnológico que lleve consigo, y que en caso de emergencia funcione como comunicador con un centro de escucha. Dependiendo de la urgencia se derivará a un contacto de referencia, se enviará una emergencia médica, o se concurrirá a la vivienda. Este recurso tiene el objetivo de contribuir con la autonomía de las personas incidiendo en la disminución de la necesidad de abandonar el hogar y se proyecta una implementación progresiva (comenzando hacia aquellas personas mayores de 65 años que viven en hogares unipersonales y a mayores de 75 años que vivan solo/as con su pareja) (*ibíd.*).

Por otro lado, se contará con un grupo de servicios destinados a los cuidados fuera del hogar, estos serán:

* Bonos para hogares de larga estadía, los cuales constarán de una transferencia económica con el fin de financiar cupos en hogares privados con dicha característica. La población objetivo será la de 65 años y más que se encuentre en hogares de larga estadía por cerrar o en situación de clausura. También se considerarán aquellas personas solas que ocupen viviendas ruinosas, refugios nocturnos o en situación de calle (*ibíd.*).

* Centros diurnos, destinados a personas mayores con discapacidad en situación de dependencia, este recurso es funcional a los/as cuidadores/as ya que los/as libera algunas horas pudiendo realizar otras tareas en ese tiempo. En este caso el SNC transferirá un monto económico para que otra institución (municipio, sociedad civil, etc) lo gestione. (*ibídem*).

* Viviendas tuteladas, estas viviendas estarán dirigidas a personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia pero con algún grado de autonomía. El recurso estaría previsto para la segunda etapa de implementación del SNC a través de una transferencia mensual con el fin cubrir el gasto de un cuidador 30 horas semanales por cada 6 personas en situación de dependencia. En el caso particular de los/as adultos/as mayores se planifica una implementación en las viviendas sociales del BPS. (*Ibídem*).

*Centros de referencia, espacios con el objetivo de realizar derivaciones ágiles sobre el tema cuidados, con personas al frente capacitadas para articular recursos existentes. Por último, cabe mencionar que se planifican, en coordinación con otros organismos estatales, un grupo de acciones que si bien no refieren específicamente al cuidado, funcionaran como apoyo al funcionamiento del SNC. (*Ibídem*).

Condiciones de acceso

Para hacer uso de estas prestaciones hay determinadas condiciones, una de las que tal vez nos genere más inquietud es la situación de dependencia ¿como “medimos” este estado? Con el fin de dar respuesta a esta interrogante, desde el equipo de Trabajo se implementará un Baremo de dependencia, esta herramienta “define criterios estandarizados y comunes a fin de establecer el ingreso al SNC (...) a través de algoritmos de puntuación preestablecidos, cuantifica el nivel de dependencia que tiene una persona” (Cuidados como Sistema, 2014: 107). La implementación del mismo será realizada por un equipo técnico debidamente formado y en paralelo al formulario del Índice de Carencias Críticas (ICC) determinando el grado de dependencia (leve, moderada, severa o ausencia de la misma).

Financiación

Es indiscutible que la implementación de cada uno de estos servicios conlleva necesidades tanto de infraestructura como de recursos humanos y por lo tanto debe pensarse cómo se solventaran.

Actualmente las políticas públicas destinadas a los/as adultos/as mayores son principalmente de corte contributivo con un componente no contributivo de carácter subsidiario y focalizado. El Estado destina unos 162 millones de dólares anuales al cuidado, lo cual representa un 0,3% del PBI. Las proyecciones estiman que en la primera etapa de implementación del SNC se llegará a un 0,59% del PBI, alcanzando en la segunda etapa (prevista hacia el año 2025) el 1,00%. (Ver anexo 13). (Cuidados como sistema, 2014).

Como ya hemos mencionado, Uruguay no es pionero en este tipo de políticas, por el contrario se pueden observar diferentes experiencias llevadas adelante en otros países del mundo donde la financiación es asociada a la seguridad social, a través de impuestos y de tipos mixtos. (Ver anexo 14)

Aquí en Uruguay, el proyecto evalúa tres formas de financiarse: a-en base a la seguridad social, empleados jubilados y pensionistas (siendo el sistema de seguridad social el encargado de realizar las retenciones). b- rentas generales, modificación o creación de impuestos y c- la contratación de un seguro individual, esta opción no cumpliría con el principio de universalidad de acceso por lo cual se piensa como complementaria pero no como exclusiva.

En el documento *Hacia un modelo solidario de cuidados* se plantea que la financiación se llevara adelante con un “fondo único, financiando los servicios asociados a las poblaciones objetivos del sistema sin ninguna distinción. Así se aporta a la visión sistemática y solidaria del SNC” (Hacia un Modelo Solidario de Cuidados, 2012: 43). De esta forma, se prevé que los fondos pueden derivar de diferentes sectores, pero independientemente de su procedencia luego deben ser reunidos en un fondo común (caracterizado por cubrir los gastos de la prestación de un servicio y no una transferencia monetaria).

No se pierde de vista la posibilidad de complementar el fondo con fuentes existentes. (Ver anexo 15). (Cuidados como Sistema, 2014).

Este proceso supone la construcción de una nueva institucionalidad colectiva llamada Junta Nacional de Cuidados (JUNACU), y la constitución de un Fondo Nacional de Cuidados (FONACU).

Regulación

Una política pública de tal magnitud demanda la necesidad de pensar un marco regulatorio. En este proyecto, la regulación tendrá el objetivo de

“reconocer el derecho de cuidar y ser cuidado de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia (...) impactando en el ámbito público y privado desde una perspectiva de derechos humanos, y permitiendo garantizar la calidad, eficiencia y eficacia del SNC” (Cuidados como Sistema, 2014: 103).

Se prevén mecanismos de control en el desarrollo de esta herramienta con el fin de dar garantía a los usuarios, “no solo a efectos de brindar información a una decisión, reparar un error o compensar una violación de derechos sino también para rectificar medidas que puedan ser discriminatorias o violatorias de derechos humanos” (Cuidados como Sistema, 2014:112).

En la actualidad, el sistema regulatorio de cuidados de adultos/as mayores se lleva adelante desde el Instituto Nacional del Adulto Mayor (In-Mayores). Como vimos anteriormente, en octubre de 2009 se creó dicho Instituto y en 2014 se le asigna dentro de sus responsabilidades la rectoría de regulación de los hogares de larga estadía. Esto se enmarca en la ley donde se hace un cambio de competencias de dicha tarea, pasando del MSP al MIDES, si bien no se excluye completamente al MSP sino que se coordina, es una fiscalización sociosanitario. Actualmente se puede observar una carencia en cuanto a la existencia de mecanismos de regulación hacia aquellos cuidados realizados dentro del hogar así como también de la situación laboral de las personas que cuidan.

¿Qué opinan algunos/as informantes calificados/as sobre la situación de los cuidados en el Uruguay y la futura implementación del SNIC?

Con el objetivo de “analizar la situación actual de Uruguay en cuanto a la prestación de servicios públicos de cuidados a la población adulta mayor”, se realizan un conjunto de entrevistas a informantes calificados/as en el tema. A partir de lo recogido en las mismas, podemos observar un alto consenso en relación a que dicha población enfrenta un escenario desfavorable actualmente en cuanto a la prestación de servicios de cuidados.

Es un grupo poblacional que desafía numerosas dificultades y si bien son representantes del 14% del total de los habitantes del país, las políticas públicas destinadas a ellos/as

*“(...) han referido históricamente a la previsión social, sumado a una importante prestación en materia de salud, tenemos una de las coberturas más importantes de América Latina, importante en cuanto a las jubilaciones y pensiones (...) diríamos que entre las políticas sociales históricas, salud y protección social, habría una cobertura casi universal”.
(Academia, cargo técnico, mujer)*

Ya hemos visto a lo largo del documento, que en relación a la prestación de estos servicios, nos encontramos con un gran déficit en respuestas de orden público, por lo cual la accesibilidad es limitada y no cumple con una visión de universalidad. Contamos con una pirámide demográfica altamente envejecida y no poseemos políticas que satisfagan la demanda de cuidados de esa población, así se evidencia en una de las entrevistas “(...) una oferta muy pobre para una demanda que no para de crecer (...)” (Gobierno, ex cargo político, hombre).

No sucede lo mismo con otros sectores poblacionales. Por ejemplo si pensamos en infancia nos encontramos con numerosos servicios públicos de cuidados asociados generalmente a la enseñanza (con lo cual no indicamos que sean suficientes). Esta situación de desventaja frente a otros sectores, es producto de un conjunto de características, “(...) discriminación e invisibilización de quienes transitan esta etapa de la vida (...), la vejez no gusta, nadie quiere llegar a viejo y nadie quiere verse en ese espejo”. (Academia, cargo técnico, mujer). A diferencia de otros/as, los/as adultos/as mayores no

cuentan con grupos u organizaciones fuertes y con capacidad de presión social como si la tienen por ejemplo las organizaciones de trabajadores con los sindicatos.

No solo nos enfrentamos a una situación de escasos de servicios, también tenemos una reducida variedad de los mismos. Únicamente contamos con residencias de larga estadía y algunos centros diurnos mientras que en el mundo existen cuarenta tipos de cuidados para esta población. Cuando hablamos de residencias, nos estamos refiriendo a una de las últimas alternativas, cuando ya la persona alcanza un nivel de dependencia importante. Se deberían reforzar todas aquellas medidas destinadas a la prevención y postergación de situaciones de dependencia, prolongando su estado de autonomía. Esto provocaría un importante ahorro en cuanto a la cantidad de servicios de larga estadía con personal cuidador, “la concepción no solamente de inmediatez sino de futuro, empezar a hacer la estructura de servicios para evitar llegar a servicios tempranamente”. (Gobierno, ex cargo político, hombre).

La situación se ve agravada cuando incorporamos en el análisis la feminización, tanto de la vejez como de quienes tradicionalmente han realizado las tareas de cuidado, un quehacer asociado culturalmente a las mujeres. Es una combinación que las ubica como las principales perjudicadas y en completa desventaja frente a los varones.

“(una sociedad) basada en el patriarcado, todos sus dirigentes son hombres y se basara en esa comodidad mientras las mujeres lo sigan haciendo (...) no puede ser un trabajo que porque lo hicieron las mujeres toda la vida gratis se pague horrible”. (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

Con el fin de subsanar esto, se hace necesaria la implementación de soluciones combinadas. Retomando a Fraser (1997), con políticas destinadas a reconocer la labor femenina como aporte al bienestar de la familia y redistributivas en lo que hombre/ mujer refiere. Así como también, impulsar un vigoroso esfuerzo hacia la superación tanto del androcentrismo como del sexismo a través de una modificación en las valoraciones culturales que privilegian a la masculinidad. Una de las entrevistadas nos hace un aporte a esta concepción de modificación cultural muy interesante al decir

“las propias mujeres tienen que cambiar también, porque cuando se hizo la encuesta en el 2007 de ¿que queríamos las uruguayas?, lo que sale es que son las mujeres quienes dicen

que los niños tienen que ser cuidados en sus casas y los viejos tienen que ser cuidados en su casas, son las mujeres las que reclaman, un poquito más que los hombres, un poquito más pero no tanto. (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

Estructuras que producen y reproducen injusticias culturales transmitidas de generación en generación, una sociedad de

“(...) Estado viejo, construido por los hombres, pensado por los hombres, los códigos y la leyes pensadas por los hombres (...) desde su propia experiencia y su experiencia era tener la comodidad de tener a alguien que esas cosas (tareas domesticas y cuidados) que las tuviera siempre hechas, que la retaguardia estuviera solucionada” (ibídem).

Esta concepción hace necesaria la identificación de posibles estrategias a desarrollar por el Estado uruguayo con el fin de contribuir a la equidad de género en las tareas de cuidados, el cual ha sido otro de nuestros objetivos en la presente investigación.

En Uruguay, al hablar de corresponsabilidad entre hombres y mujeres es de destacar como el impulso de colocar el tema sobre el tapete se da a partir de las propias mujeres. En el discurso de una de las entrevistadas observamos los siguientes datos

“(...) nos juntamos las mujeres (...) empezamos a reunirnos allí con las demógrafas (...), se forma una organización no gubernamental entre académicas y mujeres militantes. Clara Fassler arma la Red de Género y familia con Rosario Aguirre, Karina Batthyany, Soledad Salvador”. (Ibídem).

De igual forma, quienes se especializan en la temática también son mayoritariamente mujeres, las redes que han venido trabajando el tema tienen una participación principalmente femenina. En el período de gestión desempeñado por uno de los entrevistados en el Ministerio de Desarrollo Social, observa que “la gran mayoría del equipo que trabajó este tema, desde la dirección, eran mujeres”. (Gobierno, ex cargo político, hombre).

Identificar esta situación como un problema social y con un lugar tanto en la agenda pública como política no deja de merecer un reconocimiento, hay un camino recorrido que comienza a dar respuestas. Podemos decir que se ha dado un paso importante, transportando demandas que históricamente han estado en la esfera privada individual y de las familias a la discusión pública, provocando un interés político así como también logrando concretar acciones. “Si miro para atrás, unos cuantos años, debo decir que en este momento el tema está arriba de la mesa y se está hablando y se está tomando conciencia” (Sociedad Civil, mujer).

En la actualidad, se cuenta con un proyecto de ley aprobado por el parlamento sobre el SNIC⁸ pero el camino continúa y tanto desde la sociedad civil como desde el Estado hay cosas posibles de hacer. Encontramos diversas opiniones entre los entrevistados/as respecto al rol que debería desempeñar cada uno de estos dos actores.

Hay acuerdo entre la mayoría de los/as consultados/as acerca del rol que puede desempeñar la sociedad civil en esta construcción. La misma no sería la encargada de llevar adelante la ejecución del Programa, pero sí es quien puede “demandar, controlar, mostrar y asesorar, (...) la sociedad civil se organiza para enriquecer las políticas públicas” (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

Esta presión debe ser “continua e inteligente, (de no cumplir con estas condiciones) la corriente va para otro lado, (...) por el lado de una determinada racionalidad económica y política” (Gobierno, ex cargo político, hombre). Aquí se destaca la importancia de no abandonar el proceso de construcción colectiva que se ha venido gestando durante todos estos años. Continuar en busca de la concreción de lo planificado y en pro de posibles mejoras. Según el entrevistado, la sociedad civil puede officiar de

“contralor de la calidad de los servicios (...) creo que la sociedad civil tiene que exigir que haya evaluación, rendición pública de cuentas (...) y tener un espacio en el monitoreo de estas políticas” (ibídem).

8 Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides_2.pdf

Dentro de las entrevistas encontramos opiniones un tanto disímiles. Por un lado quien plantea que la sociedad civil debe llevar a cabo la ejecución de los servicios a través de ONGs, voluntariado y mercado, dejando al Estado la tarea de controlar. Así cita como ejemplo la experiencia europea donde “en España, gente voluntaria, gente paga, hay servicios que son prestados por voluntarios y otros son servicios pagos”. (Gobierno, ex cargo político, hombre). De esta manera el Estado Uruguayo debería

“fomentar y velar por el cumplimiento, no podemos volver a un Estado de Bienestar, que a veces en el cuidado hay mentes que son, me parece, medias retrogradadas que quieren que le Estado haga todo (...) su rol es motivar para el surgimiento de estos servicios y a su vez velar por la calidad (...) el control es un poco la función”. (Ibídem).

Por otra parte, encontramos sugerencias enfocadas hacia la reproducción de experiencias de solidaridad barrial, dando como ejemplo la cooperativa CERROMAR. En ésta un grupo de vecinos/as adultos/as mayores, habitantes de dicha cooperativa, poseen timbres que los/as comunican con otros/as vecinos/as en caso de necesitar ayuda. (Sociedad civil, mujer).

Se puede identificar un punto de encuentro con el discurso de otro de los entrevistados en relación a esta postura, para quien la aparición de cooperativas de economía local, comunales vecinales, entre otros sería una contribución al escenario que se enfrenta actualmente. Claro que esta medida no la destaca como de forma exclusiva, sino como complementaria, como un eje local, micro, capaz de articular con lo macro.

“El Estado tiene que generar servicios públicos y regular servicios privados, básicamente esas son como las estrategias claras de acción que tiene que encarar y garantizar la calidad de los servicios”. (Gobierno, ex cargo político, hombre).

Aquí vemos una estrategia de Estado intervencionista, quizás más próxima al enfoque de derechos que hemos tratado en este documento. Por su parte, una entrevistada contribuye con este planteo y expresa que es el Estado quien posee la capacidad de garantizar los derechos humanos de la

ciudadanía y no las organizaciones privadas. (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer)

Este Sistema Nacional Integrado de Cuidados, se propone contribuir a subsanar la demanda de cuidados así como también promover la corresponsabilidad de la tarea entre hombres y mujeres, teniendo como base las cuatro poblaciones que ya se han mencionado anteriormente.

Para esto, debe haber una focalización en la búsqueda de modificar la alta concentración de trabajo de cuidado dentro de la familia y dentro de estas de las mujeres como labor “voluntaria”, socialmente adjudicada. Desde el Ministerio de Desarrollo Social uno de los ejes altamente defendidos en el proceso de creación del SNIC, refiere a la negativa de realizar transferencias económicas hacia aquellas personas que cuidan tradicionalmente

“Se mantuvo que no íbamos a asalariar a mujeres cuidadoras, ni a mujeres ni a ningún tipo de familiar, tenemos que brindar servicios y no asalariar al cuidado informal digamos o familiar”. (Gobierno, ex cargo político, hombre).

Por su parte una entrevistada destaca que

“el BPS, ellos prefieren pasarle la plata, claro la mujer que cuida toda la vida quiere tener la plata ella, pero eso no es bueno, ella misma tendría que buscar otras cosas para sentirse mejor y volver con otra fuerza para el cuidado, y este es un debate que no está saldado a la interna del gobierno, es una cabeza económica pero no una cabeza de derechos”. (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

La valorización de esta etapa de la vida, como sujetos de derechos y parte de la sociedad uruguaya debe ser considerada de igual manera que las desigualdades en cuanto al género. Al preguntarle a una de las entrevistadas sobre su opinión en relación al SNIC propuesto, su respuesta fue clara

“implica una focalización (...) a situaciones de dependencia prácticamente total (...) empieza con una predisposición a la universalidad pero que en este momento y tal cual está la letra de la ley no va a hacer gran diferencia en la situación de los

viejos de nuestro país”. (Academia, cargo técnico, mujer)

Para lograr cambios se hace necesario un proyecto integral, combinando perspectivas desde las diferentes disciplinas. Pero una integralidad en igualdad, una entrevistada destaca la presencia del área de la salud en el proceso de construcción, quienes han dado una fuerte batalla, y asocian cuidados exclusivamente con la medicina. (Gobierno ex cargo político/ Sociedad Civil, mujer).

En Uruguay el poder médico posee un lugar de prestigio y con esto muchas veces se hace difícil negociar, sumando que “volvemos a una cabeza antigua como era de esperar con el Dr. Tabaré Vázquez, medicalizada y entonces esta complejo” (Ibídem).

Algunos de los aspectos más sobresalientes que se destacan como estrategias a incluir en el SNIC es la campaña cultural que se debe implementar para lograr cambios reales, principalmente en el rol asignado a las mujeres en la realización de estas tareas. Por otra parte, el fortalecimiento de las medidas de regulación de servicios, en su multiplicidad de ofertas (servicios de acompañantes, servicios privados y públicos) así como también potenciar lo preventivo.

Para la ejecución es necesario obtener presupuesto y en la medida en que se le dé valor a la población adulta mayor, será la importancia en cuanto a los fondos destinados a ejecutar políticas hacia ésta,

“el núcleo mayor de dinero, como un elemento importante a efectos de viabilizar la política está dado para primera infancia, un porcentaje bastante menor es para discapacidad y hay un porcentaje casi ínfimo para adultos/as mayores” (Academia, cargo técnico, mujer).

Desde la disciplina del Trabajo Social es posible y necesario el aporte en la deconstrucción de la imagen sobre el/la adulto/a mayor. Construir una visión integral de esta población, transformar la idea implícita de asociar vejez con invalidez, reconstruir esa realidad. (Ibídem).

Los cuidados no son exclusivos de un momento de nuestras vidas, por el contrario son necesarios en todo su transcurso y en sus múltiples modalidades, como vimos en este documento, envejecer no implica ser dependiente, el porcentaje de personas que cumplen ambas condiciones no es

tan significativo en el conjunto del total, motivo por el cual es económicamente posible implementar este sistema de cuidados propuesto.

Desde la disciplina es posible contribuir en la construcción de una imagen de la persona adulta mayor desde la igualdad de derechos y poder de decisión. Una trato de horizontalidad entre quien brinda y quien recibe cuidados. Muchas veces en estos vínculos se puede observar una práctica “sobre protectora, en la que se piensa, se siente y se decide por el otro, y no con el otro” (Dornell, Sande y Aguirre, 2011: 9). Una de las entrevistadas evidencia esta situación en su discurso al decir

“esta la infantilización (de la vejez), los padres cumplen sesenta y cinco y llega un momento que es ¿Qué vas a hacer? ¿Vas a salir?, infantilizamos al viejo como si hubiera perdido derechos por el solo hecho de cumplir años”. (Academia, cargo técnico, mujer).

Consideraciones finales

En este trabajo se intentó mostrar la situación a la que se enfrenta la población adulta mayor en relación al cuidado en el período 2010- 2014. Con tal objetivo como guía en el desarrollo de la investigación, hemos llegado a conocer una situación deficitaria de dichos servicios en Uruguay. Este escenario, denominado por algunas autoras como de “crisis del cuidado”, está siendo visibilizado tanto por la esfera política como pública, logrando obtener un lugar en la agenda de gobierno.

Desde el Estado, como estrategia de acción a implementar en pro de subsanar dicha carencia, nos encontramos con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Ante este proyecto nos surgen varias interrogantes como ¿realmente las medidas proyectadas tienden a lograr cambios que atiendan la gravedad del problema de forma integral?, ¿las estrategias planteadas respecto a la implementación del SNIC son capaces de generar modificaciones en esta realidad? Si bien el SNIC posee una perspectiva de género, ¿se lograrán paliar las desigualdades existentes?, ¿Qué lugar se le da a la población adulta mayor en éste?

En calidad de estudiante de Trabajo Social, consideramos que si el objetivo es promover una política de cuidados que permita la corresponsabilidad de la tarea entre hombres y mujeres, modificando esa trayectoria cultural donde se asocia la tarea de cuidar con la imagen femenina y lograr que cada persona adulta mayor que transite un estado de dependencia pueda hacer uso de su derecho a ser cuidado/a, debo pensar en ¿quién desarrollará esa labor? ¿De qué manera se incentiva a dar un servicio de buena calidad?

Para lograr esta valorización y reconocimiento social se debe evidenciar la importancia de la tarea. Para esto resulta indispensable comenzar con una capacitación competente y de calidad así como una posterior remuneración acorde. Actualmente es una tarea mal paga y por lo tanto se ubica dentro de las últimas opciones a la hora de buscar trabajo. Podemos aventurarnos a pensar que quienes optan por dedicarse a la realización de tareas de cuidados son individuos que poseen menores condiciones de obtener otro empleo, podríamos anticiparnos a decir que esa población sea mayoritariamente femenina, de más de 45 años y con bajo nivel de educación formal.

La implementación del SNIC en Uruguay no sólo contribuirá a satisfacer la demanda de cuidados sino que también será una potencial fuente de trabajo. Pero si no se fortalece y se mantiene la perspectiva de género en el proceso de implementación, seguramente se reincida en políticas que, si bien contribuyen a descender el nivel de desempleo, no contribuyen a la equidad del acceso hombre/ mujer, políticas de empleo con baja remuneración donde son mayoritariamente mujeres quienes acceden a ellas. Se tiene un empleo que mejora la calidad de vida pero no necesariamente se obtienen niveles de vida digna.

Desde el MIDES nos encontramos con numerosas políticas de esta índole. Un claro ejemplo a destacar es el Programa “Uruguay Trabaja”. Si bien no desconocemos la desigualdad con un futuro cargo de “cuidador/a”, ya que esta política está dirigida a personas desempleadas y con bajo nivel educativo, la remuneración asciende a \$5800 mensuales, (a valores del año 2015). ¿A qué nivel de vida puede acceder una persona con este pago mensual? Podemos pensar que en condiciones similares a las características de este tipo de programas, quienes se inscribirán continuaran siendo mujeres y principalmente mayores de 45 años.

Debe ser una tarea bien remunerada, el voluntariado no promueve la valorización del trabajo ni el prestigio de la tarea, quien realice cuidados debe tener una formación en el área ya que se ponen en juego una dualidad de derechos. Por un lado quien lo brinda debe tener todos los derechos y beneficios como trabajador/a que es, pero también quien recibe el cuidado posee el derecho de estar bien asistido/a por una persona capacitada y con los conocimientos necesarios y avalados por el Estado o quien se asigne a realizar dicha tarea como puede llegar a ser el Ministerio de Educación y Cultura.

Es por esto que nos parece sumamente importante tener bien presente - entre otras cosas- las palabras de Rosario Aguirre a la hora de implementar el SNIC.

“(...) la valorización del trabajo de cuidados, la profesionalización y el reconocimiento de los derechos laborales de las cuidadoras son elementos fundamentales para asegurar el derecho de las personas a recibir cuidados de calidad. Es así que los derechos de los trabajadores y el derecho de las personas sujetos de cuidado están estrechamente ligados. El bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de los que prestan” (Aguirre, 2011:37).

Compartimos lo que surge de las entrevistas realizadas, donde se puede observar un alto consenso respecto a las tareas que se le adjudican al Estado. Este es quien posee la obligación y capacidad de garantizar, proteger y respetar el pleno ejercicio de los derechos a cada uno/a de los/as ciudadanos/as, (sin ningún tipo de diferencia). Para esto se hace necesaria la prestación de servicios públicos, con el fin de revertir la existencia de una numerosa oferta privada en contrapartida con una escasa (casi inexistente) oferta pública, situación que agudiza las desigualdades entre esta población que no para de crecer numéricamente. De no contar con ellos, nos resulta impensable la universalidad en el acceso, y de la calidad en base a la regulación.

Es por esto que se hace necesaria la presencia de un Estado de carácter interventor, que participe como garante de la seguridad social de los ciudadanos e incluyendo a los cuidados dentro de ésta. Retomando a Fraser (1997), deben generarse e implementarse políticas públicas enfocadas hacia la *redistribución* y el *reconocimiento*.

Con esto no hacemos referencia a una responsabilidad única y exclusiva del Estado en el tema, la sociedad civil y el mercado también son capaces de contribuir. La sociedad civil, debe actuar como agente de control y vigilancia de las acciones que implemente el Estado y para esto consideramos que la participación ciudadana es la gran estrategia. Por su parte, el mercado también ocupa un lugar importante, no pensamos en que se debe prohibir la existencia de servicios pagos. Por el contrario ello contribuirá a la competencia en servicios de calidad, tanto estatales como privados. Tres actores combinados en busca de mejores resultados, conjugar Estado- mercado- sociedad civil. En este conjunto consideramos que la familia solo participe dentro de la sociedad civil, pero no como prestadora de servicios.

Los proyectos en cuanto a asumir esa tarea por parte del Estado se están asentando, están creando sus cimientos en la implementación del SNIC. Allí se planifican con detalle el cómo, cuándo, dónde, a quiénes, de qué forma, etc. Uno de sus principios orientadores es la universalidad, pero al leer unas páginas más del documento "Hacia un sistema solidario de cuidados", nos encontramos con la herramienta a utilizar denominada "Baremos". Como ya se mencionó en este documento, es una forma de ingresar datos y un logaritmo matemático considera si el individuo será o no beneficiario de ese servicio, pero ¿Esto es universalidad? ¿Aquí se contempla una mirada integrada de la persona? ¿Igualdad es lo mismo que equidad? Si bien puede resultar un

instrumento útil y de rápido uso, nos parece necesaria una mirada micro, un estudio de situación, una consideración de la particularidad de cada persona, pensándola en su integralidad.

El hecho de considerar como beneficiario/a a la persona, nos resulta altamente positivo. No puede ser un servicio destinado a un sector, a una característica o incluso a la familia. Como ya se mencionó, el modelo familiar ha cambiado mucho en los últimos años, existe una gran pluralidad de tipos de familia. Tampoco puede ser un servicio a jubilados/as o pensionistas, entre otros. Un derecho ciudadano, perteneciente a cada individuo. Uno de los entrevistados plantea que ahí hay un gran desafío pendiente, en el momento de incorporar esta política. ¿Cómo llegaran los servicios cuando en una familia se conjuguen más de uno de ellos? (Gobierno, ex cargo político, hombre).

Por último, este trabajo tenía como objetivo indagar acerca del rol del Trabajo Social vinculado al cuidado de la población adulta mayor. No es menor la tarea que le corresponde a la profesión y son diversas las acciones posibles de realizar. En una primera instancia, como plantea una entrevistada, es vital contribuir a la deconstrucción de la imagen de las personas adultas mayor. Como vimos esta etapa de la vida no es sinónimo de dependencia, es una etapa del ciclo de vida la cual posee sus particularidades, “no hay una sola vejez, hay vejezes, es la parte del curso de vida donde somos más diversos”. (Academia, cargo técnico, mujer). Diversos, no implica ser dependiente, debe romperse con esa concepción de asociar viejo/a con dependencia, los cuidados son necesarios a lo largo de toda nuestra vida, de diferente índole, con diferente intensidad o frecuencia pero siempre son necesarios.

Se deben fortalecer las capacidades de esta población, desmitificando el proceso de envejecimiento de los seres humanos, considerándolo como un momento más de nuestras vidas. Para esto, consideramos que se les debe dar un lugar de participación en la diagramación de políticas públicas. Que no solo quede en el discurso, debe haber una real distribución de poder. Si bien estamos acostumbrados/as a escuchar estas palabras de empoderar al otro y ceder espacios de decisión, aún parecen ser pseudo- discursos.

Sin lugar a duda, la disciplina del Trabajo Social puede y debe hacer valiosos aportes en este proceso, incentivar y promocionar la construcción en la diversidad, considerando la historia, lo ya construido previamente. Fortalecer la valorización del otro, construir en lo colectivo y en la diversidad.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). *“Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”*. CEPAL.
- Aguirre, R et al. (2008). *“Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay”*. Montevideo. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf>
- Aguirre, R y Fassler, C (1994). *“Que hombres? Que mujeres? Que familias?”*. En Familias siglo XXI. Ediciones de las mujeres N 20: Isis.
- Aguirre, R. (1998). *“Sociología y Género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha*. Editorial Doble clic, Montevideo, Uruguay.
- Aguirre, R. (editora), (2009) *“Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay”*. UNIFEM URUGUAY [en línea] <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/libro%20las%20bases%20invisibles.pdf> consultada 15.12.2014
- Aguirre, R. (2011). *“Seminario internacional. Políticas de tiempo, tiempo de las políticas. Información y conocimientos para la incidencia política y la definición de la política de cuidados en Uruguay”*. UDELAR. Disponible en: http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/AGUIRRE_Informacion_para_incidencia_politica_21092011.pdf
- Aguirre, R. (2003). *“Género, ciudadanía social y trabajo”*. Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología
- Aguirre, R. 2005. *“Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”*, Reunión de expertos. Políticas hacia las familias, protección e inclusión social. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), Chile, [en línea] http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Rosario_Aguirre.pdf, consultada 10.12.2014
- Arriagada, Irma (coord.) (2007). *“Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros”*. Libros de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe(CEPAL),No.96,[en línea] <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2512/S0700488.pdf?sequence=1> consultada 30.11.2014
- Bagnulo, H, Haretche, A, Serra, J. (2008). *“Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social”* En: Calvo, J y Mieres, P (eds.). *“Nacer, crecer y envejecer en el Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población”*. Ed. Rumbos, UNFPA
- Barrán, J y Nahum, B. (1979). *“El Uruguay del Novecientos. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico”*. Banda Oriental, Montevideo.
- Barrán, J. y Nahum, B. (1967) *“Historia del Uruguay Rural Moderno”*. Banda Oriental. Montevideo.
- Batthyany K. (2006). *“Género y Cuidados Familiares ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los niños y de los adultos mayores?”*, Trilce.
- Batthyany, K, et al. (2014). *“Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados”*. Montevideo.

- Batthyány, K, Genta, N, y Perrotta, V. (2013) *“El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay”*y. Serie Asuntos de Género No. 123, Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), Chile, [en línea] <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/50985/Elcuidadodecalidad.pdf> consultada 15.11.2014
- Batthyány, K y Perrota, V. (2011). *“Sistema Nacional de Cuidados: diagnóstico y propuestas desde una perspectiva de género y derechos”*. Informe final de investigación. Fondo concursable Carlos Filgueira, Montevideo. Uruguay.
- Cabella, W. (2007). *“El cambio familiar en Uruguay. Una breve reseña de las tendencias recientes”*. Editorial Trilce, Montevideo. Uruguay.
- Cafaro, L. (2014). *“Discursos y tensiones en el proceso de construcción de una política de cuidados en Uruguay. Análisis del período 2003 a 2013”*. Tesis de Maestría. Montevideo. Uruguay.
- Calvo, J (coordinador). 2013. *“Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay”*. Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los Censos 2011, Instituto de Estadística, Udelar, Ministerio de Desarrollo Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Montevideo, Uruguay
- Carrasco, C, Borderías, C y Teresa T (eds.) (2011) *“El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas”*. Catarata. Madrid.
- CEPAL (2012). *“Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina”*.
- Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, 2011. *Contribuciones para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados con Enfoque de Género y Derechos*, Montevideo, [en línea]www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/22360/1/contribuciones_snc_2011.pdf, consultada 3.01.2015
- Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, 2011. *Contribuciones para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados con Enfoque de Género y Derechos*, Montevideo, [en línea]www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/22360/1/contribuciones_snc_2011.pdf,
- Consejo Nacional de Políticas Públicas 2011 *Uruguay Social. Documento de lineamientos, aportes conceptuales y plan de trabajo para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados*. [en línea] http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13329/1/documento_de_trabajo.pdf, consultada 3.01.2015
- Consejo Nacional de Políticas Sociales 2010 *Lineamientos y aportes conceptuales para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados*, [en línea]www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13329/1/documento_de_trabajo.pdf, consultada 3.01.2015
- *“Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay”*. (2014). Mides, DNPS. Montevideo. Uruguay.
- Diálogo Nacional sobre Seguridad Social Informes y Documentos. (2008) BPS
- Dornell, T, Sandra, S, Aguirre, M y el Área Vejez y Trabajo Social (AVYTS)- Facultad de Ciencias Sociales y Red de Envejecimiento y Vejez (REV)- Universidad de la República. (2011). *“Cuidado Humano y Autonomía en Trabajo Social”*. ADASU-DTS/FCS/UR- UCU- CUBS- CIBS, Montevideo.

- Esping, G (2000). *“Fundamentos sociales de las economías postindustriales”*. Ed Ariel, Barcelona.
- Esping, G. 1987. *“Los tres mundos del Estado de Bienestar”*. Ed. Valencia: Alfons el Magnaniam, Valencia.
- Falkin, L, Papadópolos, J. (2011). *“Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población”*. http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf consultada 25.11.2014.
- Fassler, C (coord.) (2006). *“Familias en cambio en un mundo en cambio”*. Red Género y Familia, Ediciones Trilce, Montevideo, Uruguay
- Fernández, C, Artigas, A, Davila, M, (2012). *“Cuidados, género y transformación de identidad”*. Madrid. Dialnet.
- Filgueira, F. (1998). *“El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”*. Ed. FLACSO/SSRC, Costa Rica.
- Fraser, N. (1997). *“Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición “postsocialista”*. Siglo del Hombre Editores, Santafé de Bogotá, Colombia.
- Gabinete Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social 2011 *La Reforma Social: Hacia una nueva matriz de protección social del Uruguay*, [en línea] http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22973/1/reforma_social.pdf
- *“Guía de recursos y servicios para adultos mayores”* (2012). Intendencia de Montevideo.
- Grupo de Trabajo Interinstitucional, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Gabinete Social 2012 *“Hacia un modelo solidario de cuidados”*. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf consultada 25.11.2014.
- Heller, Á. (2002). *“Sociología de la vida cotidiana”*. Barcelona: Península.
- Huenchuan, S. (2009). *“Aportes para la construcción de un diálogo sobre la equidad intergeneracional”* En: *“Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio”*. Pp. 97-102, Ministerio de Desarrollo Social, Montevideo, Uruguay
- Jelin, E. (1998). *“Pan y afecto. La transformación de las familias”*. Buenos Aires-Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Ley N° 17.796, Art. 1. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17796&Anchor=>
- Ley N° 19.149, Art. 298. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19149&Anchor=>
- Martínez Franzoni, J. (2007). *“Regímenes del bienestar en América Latina”*. Fundación Carolina – CeALCI, Madrid, España
- Midaglia, C, Antias, F, (2007). *“La izquierda en el gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?”*. Revista Uruguaya de Ciencias Políticas No 16. Montevideo: ICP/FCS. Uruguay.
- Paredes, M. 2010. *“Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano”*. Udelar. UNFPA.

- Pautassi, L (2007). *“El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”*. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile.
- Pellegrino, A y Pollero, R. (1998). *“Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo.”* Pp. 229-250 en Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos. Universidad Nacional de Córdoba/IUSSP
- Pellegrino, A, et al. S/f. *“De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX”*. Disponible en https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwjbjX9prbHAhXSuB4KHQ-ZBCw&url=http%3A%2F%2Fwww.programadepoblacion.edu.uy%2Fenlazar%2Fde_una_transicion_a_otra.doc&ei=2hHVvdu4MtLxeo-ykuAC&usq=AFQjCNFHL93yx89IXs4hS7cU_Jj_CBYIRw
- Pico, J. (1987). *“Teoría sobre el Estado de Bienestar”*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013- 2015. MIDES. Montevideo. Disponible en http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21341/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf
- Pugliese, L. (2008). *Comentarios de Seguridad Social No 19*. BPS.
- Pugliese, L. (2011). *“Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes”*. Segunda parte: Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1478/1/programa-y-servicios-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores.-l.-pugliese.pdf>
- Scott, J. (1996) *“El género: Una categoría útil para el análisis histórico”* En: Lamas, Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México
- Sunkel, G (2006). *“El papel de la familia en la protección social en América Latina”*, serie Políticas sociales, N° 120, Chile.
- Swaam, A. (1992). *“A cargo del Estado”*. Ed. Pomares-Corredor. Barcelona.
- Thevenet, N. (2013): *“Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivos de los datos del censo 2011”*. MIDES. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf
- Varela, C. 2004. *“Programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad: el reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal”*. En: La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?. Serie: Seminarios y Conferencias /CEPAL, Santiago de Chile.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- <http://pineyrodelcampo.org.uy/>
- “Hacia un modelo solidario de cuidados”, 2012. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf

● Informes y documentos de “Dialogo Nacional sobre Seguridad Social”, 2008.
Disponible en: http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/4962/1/dialogo_social_2008.pdf