

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**El cuidado de los adultos mayores en el hogar:  
un estudio exploratorio desde la oferta de servicios  
privados en Montevideo**

**Patricia González Romer**

**Tutora: Karina Batthyány**

**2006**

## **INDICE**

<b>I.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Marco Conceptual .....</b>	<b>6</b>
<b>III.</b>	<b>Objetivos del Trabajo .....</b>	<b>16</b>
<b>IV.</b>	<b>Diseño Metodológico .....</b>	<b>17</b>
<b>V.</b>	<b>La oferta de servicios de cuidados en Montevideo .....</b>	<b>21</b>
<b>VI.</b>	<b>El papel del Estado en los cuidados a los adultos mayores.....</b>	<b>32</b>
<b>VII.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>36</b>
<b>VIII.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>38</b>
	<b>Anexo Documental: Carné del Adulto Mayor del MSP</b>	

# I. Introducción

Este trabajo tiene como finalidad el estudio de la problemática de los cuidados a los adultos mayores en Montevideo, enfocando las diferentes formas mediante las cuales éstos son atendidos en sus hogares. Su marco de referencia es el Proyecto de Investigación denominado “*Género y cuidados familiares ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de adultos mayores en Montevideo?*”, dirigido por Karina Batthyány. El Proyecto de referencia fue aprobado por la CSIC y uno de sus objetivos específicos es “analizar la cobertura y las modalidades de prestación de los servicios formales de cuidado para la tercera edad en Montevideo por medio de una caracterización de la oferta de servicios disponibles públicos y privados”.

El interés en esta indagación es por considerarla una temática de absoluta relevancia y actualidad. El Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina, la proporción de adultos mayores tiene una tendencia al crecimiento como han demostrado los datos demográficos de los últimos años y constituyen una población con necesidades insatisfechas que enfrenta serias dificultades para recibir cuidados apropiados a su situación vital.<sup>1</sup>

En el país casi uno de cada cinco habitantes tiene más de 60 años y el 13,4% tiene más de 65 años. Montevideo es uno de los departamentos demográficamente más envejecidos, la proporción de personas de 65 años o más de edad es del 15%. La distribución de la población por sexo y grupos de edades muestra que el peso relativo de la población joven decrece mientras aumenta el correspondiente a los adultos mayores de 65 años o más de edad.

Además los adultos mayores forman una población con características y problemáticas específicas, la mayor parte no requiere asistencia o ayuda total para realizar sus actividades básicas diarias. Son personas definidas como “auto-válidas”, según los términos de los especialistas. No se trata de una población aislada de las políticas sociales y las redes de sociabilidad ya que más del 60% de los adultos mayores han alcanzado el nivel de la educación

---

<sup>1</sup> INE, Fase 1- Censo 2004. Síntesis de los resultados

primaria y el 28% el de secundaria y tiene seguridad social. Pero esto no significa que esta población viva bajo condiciones apropiadas.

Esta población tiene serias deficiencias en sus condiciones de vida: más del 80% de los adultos mayores tienen pensiones o jubilaciones que no satisfacen las necesidades de atención y cuidados. A su vez, la proporción de adultos que carecen de ingresos y de pensiones retributivas ha aumentado en los últimos años a raíz del crecimiento del trabajo informal. En edad muy avanzada o discapacidad severa las personas con bajos ingresos, reciben la pensión a la vejez, coincidiendo esto generalmente con la etapa vital en la cual requieren mayor asistencia para realizar sus actividades básicas.

Un dato importante a considerar sobre las condiciones de salud de los adultos mayores es que el 30% padecen de tres o más afecciones crónicas. Las mismas se definen como aquellas que se presentan en forma permanente con fluctuaciones de niveles de gravedad o estabilidad y cuyo control o no puede realizarse bajo condiciones de cuidados específicos. Esta situación se agrava entre los mayores de 75 años que poseen serios problemas médicos con grados variables de declinación funcional que requieren cuidados continuos y de larga duración. A su vez, la sobrevivencia de las mujeres, afecta a éstas de modo más pronunciado. Según datos del INE, por efecto de la mortalidad diferencial, la población femenina envejece en mayor medida que la masculina, en consecuencia el 18% de las mujeres tiene 65 años o más de edad y sólo el 12% de los varones tiene esas edades. Las personas más longevas del departamento de Montevideo, que alcanzan los cien años, son 30 varones y 163 mujeres.<sup>2</sup>

De tal forma, las condiciones de vida de los adultos mayores constituye un problema social complejo que se introduce en todos los campos de la estructura de la sociedad. En Uruguay esta situación adquiere aún mayor gravedad dado el envejecimiento poblacional y los déficit en las políticas públicas en materia de atención a las necesidades sociales y sanitarias de esta población. Así, estamos enfrentados a un importante desafío en torno al envejecimiento de la población y los cuidados que ésta requiere, convirtiéndolo, a nuestro juicio en un tema significativo de la agenda pública.

---

<sup>2</sup> op.cit INE

La falta de estructura, servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores y los cambios que ha experimentado la organización familiar en estas últimas décadas agrava la situación de los adultos mayores e introduce serios problemas en las familias. De hecho, se ha producido un crecimiento sostenido de empresas privadas que brindan servicios de cuidados. También han crecido las instituciones de larga estancia tales como: residencias, casas de salud, geriátricos, etc. En los últimos años sobrepasan los 1.000 establecimientos en todo el país.<sup>3</sup>

La problemática de los adultos mayores tiene un grado de complejidad importante pero involucra en forma especial a las mujeres, quienes sostienen los cuidados de los adultos dependientes tanto en sus necesidades cotidianas como en situaciones especiales. Esta división de género de la responsabilidad familiar y social de la atención a los adultos mayores es una característica derivada de los patrones culturales de la sociedad. La situación se ha agravado en las últimas décadas ya que la participación de las mujeres en nuevos ámbitos sociales –especialmente el trabajo remunerado fuera del hogar– ha estado unida al mantenimiento de su responsabilidad de la reproducción doméstica y, por tanto, del cuidado de los adultos mayores. De esta forma se agudizan las consecuencias desfavorables en términos de género debido a las deficiencias de las políticas públicas dirigidas a este segmento de la población.

Por consiguiente, la problemática de los adultos mayores constituye un desafío para las políticas del Estado. Para su implementación es necesario, un mayor conocimiento acerca de las condiciones de vida de este segmento de la población y de las nuevas necesidades que los adultos mayores enfrentan.

---

<sup>3</sup> Información obtenida en entrevista a directivos del MSP, 2005

## II. Marco Conceptual

### El problema del cuidado en la vejez

Los cuidados que demanda la población adulta es un problema social que adquiere especial relevancia en un país como Uruguay caracterizado por el envejecimiento poblacional y un fuerte cambio en la estructura familiar.

En primer lugar, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo fue uno de los factores más relevantes en los cambios en la problemática de los cuidados de los adultos mayores. La reformulación del lugar de la mujer producida en la sociedad uruguaya desde los años sesenta influyó directamente en el papel que juega en el cuidado de los adultos, produciendo una reducción en la capacidad de las familias para cubrir estas necesidades y agravando los conflictos que representa la doble jornada laboral para la mujer. Esta situación agudizó el problema de la demanda de cuidados insatisfecha.

Por otro lado la problemática está agravada con la profundización del proceso de envejecimiento poblacional como efecto del mantenimiento de la curva descendiente de la mortalidad. Según estimaciones de la CEPAL, entre el 2005 y el 2025 la vida media de los uruguayos se incrementará en algo más de 5 años. Para ese entonces, el porcentaje de población de 65 años y más edad alcanzará el 15%. Recordamos que actualmente es el 13.4% de la población, lo que significará en términos absolutos 150.000 adultos mayores más que en la actualidad. Si tomamos esa proyección poblacional la relación entre la población menor de 15 años y la de 65 y más será de 1.44 individuos.<sup>4</sup>

En tal sentido las proyecciones auguran el aumento de la **razón de dependencia**, es decir la relación entre adultos y adultos mayores. El cálculo de estas proyecciones se basa en el **Índice o Escala Madrid** que define una unidad de cuidado como la capacidad de auto-brindarse o brindar satisfacción a las necesidades de cuidado de una persona.

---

<sup>4</sup> Damonte, A. "Como envejecen los Uruguayos" Montevideo, (CEPAL) 2000.

Tomando en cuenta la escala de referencia, en el Uruguay se elaboró una adaptada a los rangos de edad a las proyecciones de poblaciones disponibles para nuestro país<sup>5</sup>:

0- 4 años: 2 unid. de cuidado

5-14 años: 1.7 unid. de cuidado

15-19 años: 1.5 unid. de cuidado

20-64 años: 1.2 unid. de cuidado

**65-74 años: 1.5 unid. de cuidado**

**75-79 años: 1.7 unid. de cuidado**

**80 y más años: 1.9 unid de cuidado**

El cálculo realizado para Uruguay en base a las unidades de cuidado evidencia una demanda superior a la de la población proyectada. Según estudios de CELADE, en 1995 existían 50 personas de edad avanzada cada 100 jóvenes, proporción que ascenderá a 93 personas de edad avanzada cada 100 jóvenes en el 2025. La preocupación radica en que prácticamente se duplicará el número de adultos que requieran cuidados. También surge de la escala de cuidados realizada para el Uruguay que la demanda de unidades de cuidados será un 40% superior a la población proyectada para esos años.

En ese horizonte los adultos mayores constituirán por sí solo el 15% del total de la demanda de cuidados, siendo más de la mitad adultos de edad avanzada y muy avanzada que requerirán más unidades de cuidado.

Lejos de lo que podría pensarse desde el sentido común, **la vejez** no constituye sólo un aspecto biológico sino que en esta definición influyen las concepciones sociales acerca de las personas de edad avanzada. El comienzo de esta etapa de la vida varía según la definición que de aquella se hace cada sociedad. En otras palabras, la condición del adulto mayor está definida por un conjunto de atributos asignados a individuos que presentan determinadas características específicas. En la definición de estos atributos, según explican

---

<sup>5</sup> Batthyány, Karina " Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?". Cinterfor/OIT, Montevideo, 2004 . El trabajo presenta la elaboración de una escala de medición de unidades de cuidados para Uruguay, respetando la proximidad entre los rangos etarios y la variación entre los valores 1 y 2 como valores de escala. La creación de esta escala para Uruguay se realiza en conjunto con Rosario Aguirre tomando como referencia la llamada Índice o Escala Madrid que desarrolla María Angeles Duran, donde calcula el impacto de la necesidad y demanda de cuidados. La misma puede aplicarse para calcular la demanda general de trabajo de cuidado en un país en un momento determinado. Los valores de variación de la escala se sitúan entre 1 y 2, correspondiendo al valor 1 a los individuos que son capaces de autobrirarse todas las necesidades de cuidado, el valor 2 corresponde a aquellos

Berriell y Pérez<sup>6</sup>, intervienen el conjunto de procesos de producción de sentido que incluyen desde la percepción del transcurso del tiempo, la imagen corporal y los cambios somáticos. En otras palabras, la noción de vejez involucra ideas, imágenes y representaciones sociales que han sido incorporadas a la subjetividad de los individuos y que se plasman en determinadas dimensiones biológicas, sociales y psicológicas.

Desde un punto de vista biológico la vejez está asociada a una progresiva disminución de la capacidad física y a un aumento de la dependencia. De tal forma la edad biológica es un dato que permite pronosticar el proceso futuro de envejecimiento y determinar las necesidades de cuidados. Existen diversos factores de riesgo que condicionan la calidad de vida durante la vejez que están vinculados con las características sociales y personales de los individuos. En función de estos factores de riesgo y del estado de salud del individuo condicionada no sólo por las enfermedades sino también por la capacidad funcional para desarrollar su vida diaria, pueden identificarse diferentes formas de envejecimiento de la población.

En el año 2000 un estudio para la CEPAL<sup>7</sup>, identifica diversos factores de riesgo para la salud que pueden condicionar la calidad de vida durante la vejez. Los mismos se vinculan con el comportamiento y actitudes de los individuos en su vida cotidiana. Se identifican cuatro formas de envejecimiento de la población a partir del estado de salud que está condicionado no sólo a las enfermedades, sino también a la capacidad funcional del individuo para desarrollar las actividades del diario vivir y la autovaloración de su estado físico. Los factores de riesgo se relacionan con los comportamientos, actitudes y sensaciones que los individuos desarrollan en su vida cotidiana.

En primer lugar, se identifica el “envejecimiento ideal” que implica un estado de salud muy bueno y factores de riesgo bajo. En segundo lugar se puede situar el “envejecimiento activo” en el cual se perciben enfermedades crónicas pero el individuo presenta un estado de salud bueno y factores de

---

individuos que necesitan de cuidado permanente durante todo el día. Los valores intermedios corresponden a necesidades parciales de cuidado.

<sup>6</sup> Fernando Berriell y Robert Pérez “Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social” en Revista Universitaria de Psicología, segunda época, N1 (1998).

Avance de la investigación Envejecimiento, Cuerpo y Subjetividad, desarrollada por el servicio de psicología de la vejez de la Facultad de Psicología.

<sup>7</sup> Damonte, A. “Como envejecen los Uruguayos” Montevideo, (CEPAL) 2000.

riesgo bajo. En tercer lugar, se ubicaría el “envejecimiento habitual” de personas que con o sin enfermedades crónicas poseen factores de riesgo alto o relativos a su salud y las que teniendo un estado de salud regular presentan sin embargo factores de riesgo bajo. Finalmente se encuentra el “envejecimiento patológico” dentro del cual se incluyen los individuos que dependen de terceros para su sobrevivencia.

Mediante la utilización de esta tipología el escenario para Uruguay, según el estudio antes mencionado muestra que el 4.2% de la población de 55 a 85 años y más de edad se situaría en el “envejecimiento ideal”, el 3.7% en el “activo”, 4.4% en el patológico y el 87.7% en el habitual. De tal forma que la mayor parte de la población presentan altos factores de riesgo, comprometiendo su calidad de vida, producto de que los elementos positivos y negativos actúan en forma combinada.

Desde un enfoque asistencial se utiliza una tipología definida en función del estado de salud según la cual distinguen al “adulto mayor sano”, aquel que no presenta enfermedad ni alteración funcional, mental o social; siendo las acciones sobre este grupo fundamentalmente preventivas. Por otro lado existiría el “adulto mayor enfermo”, que posee alguna afección aguda o crónica, pero sin problemas funcionales mentales o sociales. Por último, el “adulto mayor frágil o vulnerable”, que muestra una serie de características médicas, deterioro funcional o mental, problemas sociales o factores demográficos, todos factores de riesgo de dependencia, institucionalización y muerte<sup>8</sup>.

Desde cualquiera de estas dos categorizaciones, la necesidad de cuidados durante la vejez está estrechamente relacionada con la capacidad individual de ocuparse de las actividades de la vida diaria las cuales determinan al grado de dependencia de una persona. La dependencia es un rasgo asociado al adulto mayor que varía en cada caso particular. Por ello, se ha planteado la importancia de construir indicadores de medidas de dependencia con el fin de identificar y describir las actividades - básicas e instrumentales - que incluyen desde vestirse o cocinar hasta adaptarse a su entorno social. Uno de los instrumentos más extendidos son los índices

---

<sup>8</sup> MSP-IMM, “Atención Primaria de Salud de las personas adultas mayores. Parte I”, Montevideo, 2005.

basados en las actividades de la vida diaria de Katz donde se evalúa los cuidados a ser prestados por un tercero en función del nivel de dependencia<sup>9</sup>.

Por otra parte, la vejez está asociada al retiro de la actividad laboral involucrando a los sistemas provisionales. Desde esta visión se considera relevante el concepto de improductividad, relacionado con el cese generalizado de la actividad laboral y a una reducción progresiva de las actividades generales.

En el caso de Uruguay el sistema de Seguridad Social es un sistema mixto de otorgamiento de prestaciones basado en la solidaridad intergeneracional y la creación de un sistema de capitalización apoyado en el ahorro individual. Este sistema se presenta como un régimen contributivo y no contributivo. En términos contributivos toma como beneficiarios a personas mayores de 60 años y 35 años de servicio para ambos sexos. En términos no contributivos establece prestaciones asistenciales a la vejez e invalidez a través del Banco de Previsión Social, beneficiando a personas que no contribuyen al sistema, sin recursos económicos propios con más de 15 años de residencia, con familiares de ingresos inferiores a los estipulados por el Banco de Previsión Social. Ahora bien, este sistema no garantiza el bienestar de las personas adultas. De hecho esta población tiene deficiencias en sus condiciones de vida y las pensiones y jubilaciones no permiten satisfacer las necesidades de atención y cuidados de la misma.

De tal forma, que existen un cúmulo de factores que influyen en la definición y condiciones de vida de la vejez. En esta categoría intervienen desde las condiciones de salud de los individuos, los estilos de vida, las capacidades funcionales, la situación social y económica. En el marco de esta diversidad de factores, estas dimensiones contribuyen a comprender y evaluar las necesidades de cuidados de este segmento de la población.

Tradicionalmente **el cuidado de los adultos mayores** ha estado asociado al trabajo doméstico, actividad que involucra la reproducción realizada en el ámbito del hogar y el espacio privado de la familia, las cuales históricamente han sido generalmente una responsabilidad femenina no remunerada. En términos generales la actividad de cuidar esta vinculada con la

---

<sup>9</sup> Martínez Zahonero, Jose. "Economía del envejecimiento calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos", Colección Estudios-CES, 2000.

idea de proporcionar acciones, tanto asistenciales como afectivas que permitan mejorar el desarrollo y bienestar de la vida cotidiana.

Del mismo modo que la noción de vejez, el concepto de cuidados ha variado en cada momento histórico y en cada espacio social, de acuerdo a la cultura, el desarrollo institucional, la distribución y la organización de los recursos de cada sociedad. En general el tema se relaciona al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres por ser una actividad, sin reconocimiento ni valoración social.

Si consideramos el cuidado como la acción de ayudar a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana, según Batthyány esto comprende tres aspectos: hacerse cargo del cuidado material que implica un “trabajo”, del cuidado económico que implica un “costo” y del cuidado psicológico que implica un “vínculo” afectivo, emotivo, sentimental.<sup>10</sup> En este sentido, la naturaleza de la actividad variará si la tarea de cuidados está a cargo de trabajadores no remunerados ya sean familiares, voluntarios o redes sociales o que estén a cargo de trabajadores remunerados.

Las investigadoras Trudie Knijn y Monique Kremer<sup>11</sup> plantean tres dilemas básicos para el tema de los cuidados. El primero está relacionado con el carácter público y privado de la responsabilidad de cuidado; en este caso lo vinculan a la calidad del cuidado ofrecido y las condiciones en que se brinda. Hacen referencia al Estado entendiendo que es el único que podría tener las condiciones para responder al problema.

El segundo dilema de los cuidados es el ser remunerado o no remunerado ya que esta característica está estrechamente vinculada a la obtención de ciudadanía social “es decir, que la manera de alcanzar la autonomía (para convertirse en un ciudadano pleno) está estrechamente ligada a la capacidad de generar el ingreso propio, de convertirse en financieramente independiente.”<sup>12</sup> El tercer dilema se relaciona con las características de dependencia-independencia. En este caso están implicadas dos personas que enfrentan una situación de dependencia. Por un lado el que necesita de

---

<sup>10</sup> Op.cit, pag.50

<sup>11</sup> Citado en : Batthyány, K. “Estado, familia y políticas sociales” ¿quién se hace cargo de los cuidados y las responsabilidades familiares? Pag.86-88, artículo para la revista de Ciencias Sociales N°18 Montevideo, 2000.

<sup>12</sup> Op.cit, pag.87

cuidados y por otro el que los brinda. El problema de los cuidados involucra diferentes instituciones y actores sociales, por tanto es importante que se traslade de la esfera privada y se convierta en un tema de interés público.

Para Daniel Gimenez puede identificarse, por un lado, una dimensión de "especialización sistémica" que involucra fundamentalmente la relación de la familia con otras instituciones - el Estado o el mercado - haciendo que la carencia de una influya sobre la otra. Por otro lado se establece una dimensión de "especialización social" de un grupo específico a las tareas de cuidado que, como se ha planteado, históricamente ha sido responsabilidad de la mujer.<sup>13</sup>

En este sentido, los cambios en el lugar social de la mujer y su salida masiva al mercado laboral desde los años sesenta ha significado uno de los cambios centrales en la problemática del cuidado a los adultos mayores. La cuestión radica en que, si bien la mujer ha salido a trabajar fuera del hogar, ella ha mantenido la responsabilidad sobre los cuidados y tareas de reproducción doméstica. De allí que la labor de la mujer pueda ser conceptualizada desde una doble jornada, dentro de la cual la realizada en el hogar, como sostienen Aguirre y Fasler, constituye un trabajo no remunerado y flexible que puede adaptarse para "compensar cualquier otro déficit de los recursos disponibles para la reproducción y mantenimiento de los recursos humanos".<sup>14</sup>

No casualmente el cuidado de los adultos mayores realizado por las mujeres está excluido de los regímenes de derecho del trabajo en la mayor parte de los países, no siendo salvo excepciones, concebido en términos de trabajo susceptible de una remuneración económica. Es interesante tomar como ejemplo el caso de las mujeres amas de casa en la ciudad de Valencia-España. Ellas se hacen cargo del cuidado de familiares ancianos y discapacitados y tienen una remuneración económica por la actividad desempeñada. En este caso el trabajo familiar de cuidado alcanza mayores niveles de formalización, deja de estar oculto y es reconocido socialmente. En tal sentido la falta de reconocimiento y formalización del trabajo de cuidados reafirma, que esta tarea es responsabilidad del ámbito familiar y prioritariamente de las mujeres. Esta situación conduce a una agudización en

---

<sup>13</sup> Gimenez, Daniel. "Género, previsión y ciudadanía social en América Latina". Serie mujer y desarrollo N-46. CEPAL Santiago de Chile, 2003.

<sup>14</sup> Aguirre y Fasler, "La mujer en la familia como protagonista del bienestar social", en Fasler, Hauser, lens: Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar, Trilce-Red Género y Familia. Montevideo, 1997.

los conflictos generados por los deberes involucrados en la reproducción doméstica y los emanados del mercado de trabajo.

Por tanto, esta división social de la responsabilidad de los cuidados involucra una discriminación de género y de los derechos sociales que, como otras situaciones similares puede conducir al aislamiento o al incremento de la integración social de las mujeres en otros ámbitos sociales. De hecho, es posible enfocar el problema de los cuidados de los adultos desde el concepto y práctica de la ciudadanía social. Sostiene Rosario Aguirre la vigencia de este concepto como modelo para el relevamiento de las necesidades sociales y como criterio para atender el bienestar social, a partir del reconocimiento de que la ciudadanía se constituye en un proceso de construcción histórico y social.<sup>15</sup> De allí que la crisis del Estado de Bienestar y los efectos de la globalización, la construcción y prácticas de ciudadanía, son complejas.

En la realidad actual lo que destacan los analistas es la visibilidad de las diversidades entre identidades diferenciadas. Se habla de nuevas formas de ciudadanía, donde se destaca la participación de nuevos actores. A su vez muchos campos que antes estaban en los ámbitos privados “hacia adentro” hoy competen “hacia fuera” a la sociedad civil, por ejemplo la diferenciación de los sujetos.<sup>16</sup>

La problemática de los cuidados articula dos derechos sociales, diferentes de los ciudadanos. Por un lado, se encuentra el derecho de cada ser humano a tener cubiertas sus necesidades y poder ser atendido dignamente, en caso de ser dependiente para sus cuidados. Por otro, se encuentra el derecho de las mujeres al reconocimiento formal de las tareas de cuidados dentro y fuera del hogar. La cuestión adquiere todavía mayor gravedad dado que las leyes de protección social no contemplan el tiempo que destina una persona en cuidar a otra persona adulta, por tanto la responsabilidad queda en el ámbito familiar.

En la encuesta realizada en Montevideo sobre usos del tiempo, se incorporó la opinión acerca de la atribución de responsabilidades a las familias, al Estado y a la comunidad, en relación con el cuidado de personas dependientes. El mismo no es percibido necesariamente como una

---

<sup>15</sup> Aguirre, Rosario “Género, ciudadanía social y trabajo” UDELAR, Montevideo, 2003

<sup>16</sup> Hopenhayn, Martín “Viejas y nuevas formas de ciudadanía”. En Revista de la Cepal, N-73, 2001

responsabilidad exclusiva del Estado ya que las opiniones se inclinan por considerarlo una responsabilidad compartida entre las familias y el Estado.<sup>17</sup>

En tal sentido el cuidado está escasamente formalizado, requiriendo un cambio importante para ser percibido como un derecho y que las responsabilidades de cuidado no estén centradas solamente en la órbita familiar. En esta transformación deberían jugar un papel central las políticas del Estado, cuya ausencia en nuestro país, impiden el acceso a los cuidados de los adultos mayores en términos de derechos sociales.

En resumen, en el Uruguay el cuidado de los adultos mayores en el hogar no está integrado a los derechos sociales, siendo la familia la institución que debe asumir en los hechos la responsabilidad central frente a los mismos. Esta situación puede conceptualizarse mediante la noción, planteada por Gosta Esping-Andersen, del Estado de Bienestar Familiarista, el cual asigna a la familia las mayores obligaciones para la consecución del bienestar. Refiere a su vez a la desfamiliarización, cuando estamos ante políticas que reducen la dependencia individual de la familia, que maximizan la disponibilidad de los recursos económicos por parte del individuo independientemente de las reciprocidades familiares. Esta desfamiliarización se plantea a través de cambios en el Estado de Bienestar.<sup>18</sup>

En el marco de las nuevas formas de la seguridad social en la región, el modelo familiarista representa fuertes conflictos. Se traspasa todo o parte de la responsabilidad previsional desde el Estado hacia el mercado a través de la capitalización individual y se reafirman las formas a través de las cuales la sociedad se hace cargo de las personas dependientes. En el caso de Uruguay la relación entre las familias y el Estado en la tarea del cuidado al adulto mayor es mínima ya que la mayor parte de los adultos mayores no reciben ayuda de ningún programa público. El grupo familiar ha sido y es el espacio de socialización más común y aceptado culturalmente en caso de necesidad. Es el que responde en primera instancia al cuidado y atención de los ancianos.

---

<sup>17</sup> Aguirre, R. y Batthyány, K. "Uso del tiempo y trabajo remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003". UDELAR. Montevideo, 2005.1

<sup>18</sup> Esping-Andersen, Gösta, "Fundamentos sociales de las economías industriales" Ariel Sociología, Barcelona, 2000

Pero, como consecuencia de los cambios en la familia, la población que accede a este tipo de servicios delega al sector privado tareas de cuidado. Estos efectos varían según el estrato social, pues si realizáramos un corte en la población según su nivel de ingresos lo anterior debe adoptar formas distintas, no homogéneas. En los sectores de menores ingresos juega un papel fundamental la ausencia de políticas públicas o la escasa cobertura de las mismas. Ante esta situación, las respuestas a las necesidades de cuidados de los adultos mayores pasan por la familia y sus redes sociales, dentro de las cuales las mujeres—especialmente aquellas de edad intermedia tienen un rol decisivo. Ellas se hacen cargo de la atención a los adultos dependientes, limitando su participación en otros ámbitos de socialización. Lo anterior hace pensar que los cuidados de las mujeres a los adultos mayores, como ha señalado Coraggio, deben ser considerados parte de los recursos de la economía popular.<sup>19</sup>

Respecto al **papel del mercado** en esta área de servicios, emerge en una situación social y económica concreta que favorece la mercantilización de los cuidados. De hecho, en el Uruguay existe actualmente una proliferación de empresas prestadoras de este tipo servicios. Los cambios en la familia, la ausencia del Estado y las características de los puestos de trabajo de baja calidad y remuneración, explicarían en parte esa mercantilización. Importa conocer en este contexto como son las modalidades de los servicios de cuidados existentes, cual es la relación establecida entre el Estado y el mercado y la razón de existir de los proveedores privados de servicios de cuidados en el hogar.

---

<sup>19</sup> Coraggio , Jose Luis. "Economía del Trabajo".En: *A Outra Economia*. Antonio David Cattani (org.), 2003.

### **III. Objetivos del trabajo**

En el marco de la fundamentación descripta en el apartado anterior este trabajo tuvo como objetivo principal indagar en la problemática de los cuidados de los adultos mayores de Montevideo, mediante el análisis de las diferentes modalidades que tiene la oferta privada para atender la demanda de cuidados en el hogar de los adultos mayores y la oferta de sus servicios.

- 1- Para conocer la oferta privada de servicios de cuidados a los adultos mayores se caracterizarán los mismos en función del análisis de las siguientes dimensiones: cobertura, tipos de servicios de cuidado, el perfil del usuario y el perfil del personal empleado.
- 2- A su vez se hace necesario tener presente las políticas públicas dirigidas a este sector de la población, por el peso del actor estatal en nuestro país, ya sea ministerial, departamental o previsional.

## **IV. Diseño metodológico**

El diseño metodológico y recolección de información se realizó en el marco del grupo de trabajo de investigación del proyecto Género y cuidados familiares citado anteriormente.

Con el objetivo de caracterizar la oferta de servicios de cuidados a los adultos mayores desde el sector privado, se realizó un estudio de carácter exploratorio donde se emplearon un conjunto de técnicas para la recolección de información. El universo de trabajo fueron los servicios privados que brindan cuidados en el hogar a los adultos mayores en la ciudad de Montevideo según se detalla a continuación.

En primer lugar para la identificación del universo de trabajo, dada la inexistencia de un registro único de alcance nacional o departamental de este tipo de actividades, se realizó un rastreo inicial a través de una metodología en red. De tal modo que, para obtener información sobre las empresas existentes se usaron las siguientes fuentes:

- Medios de información telefónica (guía telefónica y servicios de información 09002020).
- Información brindada por el Ministerio de Salud Pública
- Información obtenida en la DINATRA en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Entrevistas realizadas, donde se obtuvo información sobre otras empresas.

En segundo lugar, con esta información se realizó un ordenamiento de los servicios identificados de las fuentes mencionadas y se conformó un listado de 52 servicios de compañía en la ciudad de Montevideo con nombre, dirección y teléfono.

En función de este listado se confirmó la existencia de las empresas, registrándose que 45 estaban en funcionamiento.

En tercer lugar, se dio inicio la fase cualitativa que tuvo dos partes. Por un lado, se realizaron cuatro entrevistas abiertas a informantes calificados de empresas que brindan servicios de cuidados, las cuales se denominan en su generalidad como “empresas de compañía”. En las entrevistas se indagó en las siguientes dimensiones: tipo de servicios ofrecido, modalidades de funcionamiento, perfil del usuario y perfil del personal empleado. De este modo se obtuvo información importante que permitió tener una primera aproximación al objeto de estudio y, adicionalmente, se completó el listado de empresas como se mencionó anteriormente. Por otro lado, con el objetivo de enmarcar el trabajo desde las políticas del Estado, se realizaron entrevistas a integrantes de los programas del Adulto Mayor de la Intendencia de Montevideo y Ministerio de Salud Pública.

En cuarto lugar, se trabajó en la fase cuantitativa, de acuerdo a los parámetros en el marco del trabajo desarrollado por el grupo de investigación del proyecto de referencia, en el diseño de una encuesta que fue aplicada a los 45 servicios registrados en la base de datos. En dicha encuesta se indagó en las siguientes dimensiones:

- 1- cobertura geográfica
- 2- tipo de servicios de cuidados
- 3- perfil del socio
- 4- perfil del personal que desempeña tareas de cuidado

Estas dimensiones fueron estudiadas en función de las siguientes variables y categorías:

Cobertura geográfica:

- a. Cobertura solo en Montevideo
- b. Cobertura solo en Interior
- c. Cobertura Montevideo e Interior
- e. Cobertura Montevideo y Canelones

Tipo de servicios de cuidados:

- a. Lugares de cobertura (mutualista, hospital público, casas de salud, domicilio)
- b. Tipo de servicios ofrecidos
- c. Servicios más requeridos por los socios
- d. Número máximo de días de cobertura
- e. Precio de los diferentes servicios de cuidados que brindan al socio de 65 años y más

Perfil del socio:

- a. Número de socios
- b. Sexo
- c. Número de socios de 65 años y más
- d. Tipo de cobertura de salud que tienen los socios de 65 años y más

Perfil del personal:

- a. Números de personal empleado
- b. Sexo
- c. Edad
- d. Nivel educativo exigido
- e. Existencia de capacitación laboral brindada por la empresa
- f. Nivel de rotación del personal empleado

La encuesta fue aplicada en forma telefónica y en algunos casos en forma personal. Se encuestó a directivos o dueños de las empresas.

Del total de 45 servicios registrados se realizaron 36 encuestas. Hubo 9 rechazos, debido fundamentalmente a que luego de realizar varios llamados no se encontró al potencial encuestado y también en algunos casos estos rechazaron directa o indirectamente colaborar. De acuerdo a lo manifestado ese desinterés estaría fundado en ciertos temores a brindar este tipo de información.

A continuación se procesó la información dividiendo los casos en dos grupos:

- a) empresas de compañía (habiéndose relevado 23 casos)
- b) cuidadores externos al hogar o trabajadores por cuenta propia (entre los cuales se cuenta con información de 13 casos).

De allí que la información fue analizada en función de la distinción entre estos dos grupos que diferencian distintas modalidades de la oferta de cuidado.

## V. La oferta de servicios de cuidados en Montevideo

A continuación se presenta el análisis de la información relevada del sector privado organizándola según las modalidades de los servicios ofrecidos y las características que éstos asumen en los emprendimientos empresariales y en los ofrecidos por trabajadores por cuenta propia, el perfil de los socios y del personal empleado.

### 1 Modalidades de los servicios de cuidados a nivel privado

Es importante recordar que el término servicios remite a una actividad económica definida como terciaria o no productiva, sector económico donde se encuentra los servicios que ofrecen “cuidados o compañía”. En este punto, es necesario considerar que tradicionalmente han existido y existen los cuidadores externos al hogar contratados en forma individual pero que desde hace unos 10 a 15 años surgieron en el país un número importante de empresas que brindan servicios privados de cuidados o compañía. Se trata entonces, de un fenómeno nuevo que tiene características específicas.

Como se planteó anteriormente, el agudizamiento de la problemática de los cuidados de los adultos mayores está inserto en cambios en la estructura familiar, el rol de la mujer y el envejecimiento de la población. Los propios integrantes de estas empresas son conscientes de esta situación. Así, uno de ellos manifiesta que estos emprendimientos: *“(...) surgen a partir de cambios en la sociedad, cambios en la estructura familiar de roles, la empresa cubre una necesidad real que hay en la sociedad sobre todo en materia de tiempo, la mujer tiene un papel protagónico la cual era quién cuidaba al familiar enfermo. La actividad de acompañar siempre existió lo que no había era una actividad comercial. Los tiempos de la familia son menores, se diseña un modelo comercial para cubrir esta necesidad. Comienza brindando servicios de compañía en sanatorio, luego incorpora el domicilio y nuevos servicios según las demandas (...)”*.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Entrevista realizada a directivo de empresas de compañía de Montevideo en fecha julio del 2005

De este modo, los cambios suscitados en la familia son aprovechados para convertir los cuidados de los adultos mayores en un servicio ofrecido por el mercado brindado por empresas, a lo que se suman las modalidades ya antiguas de contratación de personas individuales, externas al hogar, que realizan este trabajo por cuenta propia.

## 2 Cobertura y tipo de servicios de “cuidado o compañía”

Como se recordará, en primer lugar interesaba conocer las dimensiones y características de las empresas de servicios de cuidados o compañía. Para analizar este aspecto se realizó una tipología de acuerdo al criterio de clasificación del sector servicios de las empresas uruguayas, la cual clasifica el tipo de empresas según el número de empleados, de acuerdo a los siguientes términos:

**Cuadro 1:** *Universo de empresas de compañía en Montevideo según su tamaño*

<b>Tipo de Empresa</b>	<b>Personal empleado</b>	<b>Casos</b>
Micro	1 a 5 personas	0
Pequeña	6 a 30 personas	10
Mediana	31 a 80 personas	3
Grande	81 o más personas	6
Sin datos de N° de empleados		4
<b>Total</b>		<b>23</b>

En función de esta clasificación, se agruparon las empresas de compañía de acuerdo al número de empleados. Como se observa en el cuadro 1, la mayor parte (más de la mitad) de las empresas son pequeñas aunque el número de empresas con más de 81 empleados no resulta poco importante ya que emplea a un número mayor de trabajadores y atiende un mayor número de socios que las de la escala pequeña. Se destaca que en el grupo de las empresas hay dos emprendimientos de tipo cooperativo, una de las cuales surge como solución laboral formal para ex-empleados de una mutualista de Montevideo. Estas cooperativas son del tipo de empresa mediana.

Lógicamente, no podría realizarse un análisis semejante con los trabajadores por cuenta propia. Como se planteaba anteriormente esta

modalidad de oferta de cuidados trabaja a demanda. Cuando la demanda de sus servicios supera su capacidad de atenderla, en algunos casos la forma de cubrirla es a través de una red informal de personas con experiencia en servicios de cuidados.

Debe remarcarse que las empresas representan un servicio extremadamente extendido dado que, según la información se podría estimar que la cobertura de las mismas alcanzaría el 60% de las personas mayores de 65 años que viven en Montevideo, como se puede apreciar en el cuadro 2.<sup>21</sup>

**Cuadro 2:** Cobertura de las empresas de compañía sobre el total de la población montevideana por edad

Edad de Socios	Nº de socios	Individuos	Cobertura Poblacional
Menores 64 años	59.047	1.127.669	5%
Mayores de 65 años	119.123	198.299	60%
<b>Total</b>	<b>178170</b>	<b>1.325.968</b>	<b>13%</b>

Como puede verse en el cuadro 3 la mayor parte de estas empresas cubren solo la ciudad de Montevideo y localidades adyacentes, en forma concordante con el relevamiento realizado.

**Cuadro 3:** Alcance geográfico de los servicios de las empresas de compañía

Zona Geográfica	Empresas
Solo Montevideo	65%
Montevideo y Canelones	13%
Todo el país	22%
<b>Total de Empresas</b>	<b>23</b>

Ahora bien, en cuanto a los lugares donde las empresas brindan servicios a nivel general se podría afirmar que casi todos brindan servicios en los centros de atención a la salud (tanto hospitales públicos como mutualistas), las casas de salud y los hogares familiares, según se puede observar en el cuadro 4. No observándose servicios diferenciales en las empresas de distintos

<sup>21</sup> Según cifras totales para la población de Montevideo. INE. Censo 2004-Fase 1

tamaños, en general todas tienen una misma política. Lo único diferencial sería el servicio en las casas de salud, las empresas más grandes cubren mayormente este sector en relación a la más chicas.

Resulta interesante señalar que en sus comienzos las empresas de compañía brindaban servicios de cuidados solo en caso de internación pero paulatinamente fueron incorporando prestaciones en el hogar. Según la explicación de los entrevistados, esta modalidad fue implementada para dar respuesta a las necesidades y demandas de las propias familias, realizándose, por eso, un plan de cuidados específico para cada contratación.

**Cuadro 4:** Lugar del servicio de compañía por tamaño de la empresa

Lugar del Servicio	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
	%	%	%	%	%
Hospitales Públicos	100	100	100	100	100
Mutualistas	100	100	100	100	100
Domicilio	96	90	100	100	100
Casas de Salud	70	60	67	83	75
<b>Número total de Empresas</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Se podría afirmar que en las cuatro empresas que no se pudo evaluar el tamaño (por no responder esta parte del cuestionario) a rasgos generales no se observarían comportamiento diferenciales al resto de las empresas en cuanto a los lugares en que se ofrecen los servicios. De modo semejante, según la información relevada para los trabajadores por cuenta propia, éstos también se desempeñan en distintos ámbitos según las necesidades, atendiendo los cuidados de los adultos mayores, tanto en el hogar como en centros de internación.

La atención brindada por las empresas varía no sólo en función del ámbito dentro del cual se desarrolla sino también en función de las necesidades y el contrato de servicios. En particular, es posible distinguir entre el servicio denominado aquí de compañía "clásica" entendido como el acompañamiento que incluye higiene, alimentación, recreación, el servicio de

cuidados de enfermería, servicios de atención de gestiones y compras y, finalmente, los servicios de traslado. Por supuesto todas brindan la compañía "clásica" pero además, la mayor parte de ellas brindan servicios de compras, gestiones y traslado, tanto en los servicios en sanatorios como en el domicilio. En este caso también se ofrecen servicios de enfermería, aunque la oferta de este servicio lo brindan aproximadamente el 50% del total de las empresas. El servicio de enfermería requiere de la habilitación del Ministerio de Salud Pública, esto podría incidir en el número de empresas que lo ofrecen.

**Cuadro 5:** Tipo de servicio de compañía en sanatorio por tamaño de la empresa

Tipo de Servicio	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
	%	%	%	%	%
Higiene del paciente	100	100	100	100	100
Alimentación del paciente	100	100	100	100	100
Recreación del paciente	87	90	100	66	100
Compras y gestiones varias	56	50	67	67	50
Traslado del paciente	48	40	67	83	0
<b>Número total de Empresas</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

**Cuadro 6:** Tipo de servicio de compañía en domicilio por tamaño de la empresa

Tipo de Servicio	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
	%	%	%	%	%
Higiene del paciente	96	90	100	100	100
Alimentación del paciente	96	90	100	100	100
Recreación del paciente	96	90	100	100	100
Compras y gestiones varias	56	50	33	83	50
Traslado del paciente	39	40	33	67	0
Compañía personas no enfermas	69	70	67	50	100
Servicio de enfermería	52	60	33	67	25
<b>Número total de Empresas</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Resulta interesante señalar que dadas las mayores dificultades de las empresas pequeñas y medianas para ofrecer por ejemplo servicios de traslado, éstas se diferenciarían enfocando parte de sus servicios hacia la compañía a personas no enfermas en el hogar. En este sentido en las empresas grandes



sólo el 50% ofrecen servicios de compañía a personas no enfermas. Lo cual implica que los cuidados en el hogar se realizan sólo en caso de enfermedad certificada por un especialista. Señalamos que este grupo de empresas por si solas concentran el 64% de los socios.

Por su parte, los trabajadores por cuenta propia en general cubren un amplio espectro de servicios y tareas, salvo por obvias razones, el de traslado. Estos servicios o tareas suelen ser pactados en el momento de la contratación y, muchas veces, son asumidos de forma flexible, variándose a los largo de la relación laboral.

Como era esperable, las empresas pequeñas y medianas tienen un volumen de prestaciones cubiertas por los rangos de precios más bajos de cuota, respecto a las empresas grandes. De este modo, como puede verse en el cuadro 7, con respecto a los servicios en el domicilio sólo la tercera parte de las empresas grandes corresponden a los rangos menores de precios mientras que entre las empresas pequeñas alcanza una quinta parte.

**Cuadro 7:** Nivel de precios cobrados por los servicios en sanatorio y en domicilio por tamaño de empresa (sin datos de 3 empresas)

Valor de la cuota Total Tamaño de la empresa					
Sanatorio		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
	%	%	%	%	%
\$ 100 a \$ 200	90	90	100	84	100
\$ 201 a \$ 300	10	10	0	16	0
<b>Casos</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
Domicilio					
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
	%	%	%	%	%
\$ 170 a \$ 270	65	78	67	33	100
\$ 271 a \$ 385	35	22	33	67	0
<b>Casos</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

Las modalidades de contratación y las formas de pago resultan uno de los elementos más interesantes de las estrategias empresariales de estos nuevos emprendimientos. En tal sentido, debe recordarse que estas empresas han surgido recientemente en el país, coincidiendo con una etapa de crisis y recesión económica. De allí que las empresas hayan creado un sistema de

seguro o sistema de pre-pago que permite tener una cobertura mínima para cubrir el cuidado en caso de internación y otra cuota para los cuidados en el hogar. La cuota varía según la edad del socio y las horas por día del servicio que se contratan.

Otra diferencia que tienen en cuanto a los servicios es el máximo de días de cobertura en caso de internación y en el domicilio. En general como se observa en el cuadro 8 el tope en la cantidad de días esta referido a los servicios en el domicilio, en las empresas más grandes el 100% pone límite de días en los servicios que ofrece en el hogar. En cambio las empresas medianas el porcentaje es menor, esto podría indicar una forma de diferenciarse con respecto a las otras empresas.

En cuanto a los trabajadores por cuenta propia, al trabajar a demanda y no existir ningún tipo de relación contractual (empresa-socio) en la que se fije los términos de acuerdo, habitualmente se pacta informalmente la cantidad de horas de trabajo.

**Cuadro 8:** *Proporción de empresas que pone límites en la cantidad de días en el año que se puede utilizar los servicios en sanatorio y domicilio*

Pone límite	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
<b>Sanatorio</b>					
	%	%	%	%	%
Si	17	30	0	16	0
No	83	70	100	84	100
<b>Casos</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Domicilio</b>					
	%	%	%	%	%
Si	87	90	66	100	75
No	13	10	44	0	25
<b>Casos</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Resulta necesario aclarar que las empresas enfocan el cuidado a los ámbitos fuera del hogar y las situaciones de enfermedad, es decir, que entre ellas prevalece la idea de brindar un servicio destinado a cubrir necesidades en

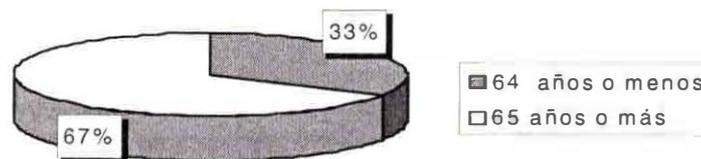
caso de internación, aunque terminan brindando, también, atención en los hogares. En este sentido las empresas cubrirían parcialmente las demandas de cuidados en el hogar.

En general para las empresas los servicios más requeridos por los socios es la compañía en caso de internación. Como explica un integrante de estas empresas“(...)todos los servicios están relacionados a la salud, es una empresa que ofrece soluciones integradas vinculadas a lo que es la salud no necesariamente vinculada a la compañía. La filosofía es acompañar a personas enfermas, nuestra línea es especializarse en los cuidados de enfermos. El servicio esta orientado a la funcionalidad (...)”<sup>22</sup>

De este modo, las empresas brindan diferentes tipos de servicios según las necesidades y el tipo de prestación contratada. Resulta importante señalar que la necesidad de tener una persona que esté cuidando del enfermo en forma permanente en el centro asistencial deriva de problemas y carencias de los servicios del sistema hospitalario público y privado.

### 3 Perfil del socio

Es necesario recordar que estas empresas tienen un total de 178.170 socios de los cuales según la información relevada, el 66, 8% de los socios cubiertos por las empresas estudiadas son mayores de 65 años, que representan el 60% de las personas mayores de 65 años que viven en Montevideo. Es decir, que brindan un servicio masivo, dentro de un segmento de la población que potencialmente puede tener necesidad de requerir cuidados en centros asistenciales o en el hogar. De los socios mayores de 65 años la mayor parte son mujeres y, entre los cuales la mayor parte tienen cobertura de salud a nivel mutual.



<sup>22</sup> Entrevista realizada a directivo de empresas de compañía de Montevideo en fecha julio del 2005

En el cuadro 9 se observa la cantidad de socios según el tamaño de las empresas. Las empresas grandes concentran el 64% del total de socios, las medianas el 33% y el resto llega a un 3%.

**Cuadro 9:** *Cantidad de socios por tamaño de empresas*

Cantidad de socios	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos del N° de empleados
Total de socios	<b>178170</b>	5070	58600	114100	400
%	100	2.8	33	64	0.2
<b>Casos</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Nota: no se obtuvo información de 2 empresas pequeñas y 3 que no son evaluadas según el tamaño.

De la información obtenida se desprende que dentro del mismo tipo de empresa es muy variable el número de socios y la relación de estos con el número de empleados. Las empresas pequeñas tienen de 40 a 1200 socios, las medianas de 3600 a 45000 socios y las grandes de 1800 a 70000 socios.

A pesar del importante volumen de la población afiliada a este servicio, la capacidad económica resulta una segmentación natural de los afiliados. De hecho, como se planteó anteriormente, el costo de la cuota del servicio en sanatorio oscila entre 100 y 300 pesos<sup>23</sup>, lo cual impide a amplios sectores de la población acceder a los cuidados de estas empresas.

Sin embargo, según las entrevistas algunas empresas apuntan a ampliar este segmento de la población, buscando crear una necesidad independientemente de la edad y del estado de salud, tratando de potenciar, entonces, los márgenes de ganancia que derivarían del aumento de afiliados que tienen menos probabilidades de hacer uso de la cobertura.

<sup>23</sup> Las cuotas del servicio en sanatorio se toman como una cuota base, el resto de los servicios se le suman a esta cuota.

#### 4 Perfil del personal empleado que realiza las tareas de cuidados

Según se ha planteado en los antecedentes los cuidados de los adultos mayores ha sido una tarea asignada socialmente a las mujeres. Estas características no han cambiado en estos nuevos emprendimientos. De hecho, como puede verse en el cuadro 10 las empresas en su gran mayoría emplean mano de obra femenina, demostrando una tendencia a la feminización de esta actividad.

**Cuadro 10:** Total de empleados según tipo de empresa

Sexo empleados	Total	Tamaño de la empresa		
		Pequeña	Mediana	Grande
	%	%	%	%
Mujeres	73	77	87	71
Hombres	27	23	13	29
<b>Número total De Empleados</b>	<b>2866</b>	<b>138</b>	<b>158</b>	<b>2570</b>

La edad promedio de los empleados que realiza tareas de cuidado esta entre los 41 a 50 años, la edad mínima es de 18 años y la máxima de 60 años esto no varía significativamente según el tipo de empresa. El nivel educativo exigido por las empresas al personal que emplea tiende al ciclo básico, y sólo en algunas se exige formación específica del área de la salud, razón por la cual las empresas en general brindan algún tipo de capacitación al personal que sólo en el caso de las medianas y grandes, es obligatorio mientras que en las pequeñas lo consideran así el 67% de ellas.

De este modo, el trabajo en cuidados de adultos mayores está escasamente profesionalizado, siendo percibido socialmente en forma próxima a las tareas domésticas. El escaso valor social y económico está asociado a una alta rotatividad en los puestos de trabajo aunque se carezcan de datos objetivos para corroborar esta percepción. De todas formas, las entrevistas permitieron constatar esta característica. Los representantes de las empresas agregan al componente de los bajos salarios, el desgaste psicológico y la inexistencia de descansos en los feriados, fines de semana, etc.

Según se relevó en las entrevistas, buena parte del personal está conformado por amas de casa, trabajadores con formación en enfermería (entre los cuales se cuentan desocupados que provienen del cierre de mutualistas) y estudiantes. En todos los casos, como explicó una de las entrevistadas, lo importante, es tener “vocación de servicio”(…) sobre todo personas que trabajaron en el servicio doméstico y a una edad entre los 45 a 55 años se les dificulta ingresar al mercado de trabajo(…)”.<sup>24</sup>

En resumen, el perfil de los trabajadores sería mujeres de edad media, poco calificadas laboralmente, con educación básica y dispuesta a trabajar sin descansos en los días habituales. De este modo, las tareas de los trabajadores de cuidados constituyen una salida laboral inestable e informal que en consonancia con la división histórica de género, recae mayormente en mano de obra femenina, constatando nuevamente las representaciones estereotipadas que devalúan el trabajo de la mujer y la agudización de la distancia entre la igualdad formal y la igualdad real.

---

<sup>24</sup>Entrevista realizada a directivo de empresas de compañía de Montevideo en fecha julio del 2005

## **VI. El papel del Estado en los cuidados a los adultos mayores**

Sobre los cuidados dirigidos a los adultos mayores, los organismos del Estado desarrollan acciones puntuales con un alcance limitado en cuanto cobertura poblacional.

Desde la **Intendencia Municipal de Montevideo**, la Comisión para el Adulto Mayor apunta a dirigir sus acciones a una población autoválida que apoya en su integración o reinserción a su medio social. Para esto implementa las siguientes acciones o programas:

### **Centros diurnos**

Actualmente hay dos centros diurnos en Montevideo que existen hace doce años. Trabajan con grupos de aproximadamente setenta personas la mayoría mujeres, ingresan alrededor de cuarenta personas por año y egresan prácticamente el mismo número. El perfil y condiciones de las personas que participan de este programa es: autoválidos, mayores de 60 años, no existe exigencia económica, nivel educativo en general es primaria completa, todos reciben algún tipo de ingresos, jubilación o pensión. El promedio de ingresos está entre 2000 y 3000 pesos mensuales y la mayoría tiene cobertura de salud pública. Sobre la situación habitacional viven solos o con un familiar, en estos momentos no hay personas en situación de calle.

Los objetivos del centro diurno es la re-socialización y rehabilitación del adulto mayor a volver a tener una vida social que por motivos vitales se vio afectada. Las actividades son de corte recreativas y apuestan a la integración de los participantes. Los profesionales que trabajan en el centro son un psicólogo, un trabajador social, una nurse y un bibliotecólogo.

### **Voluntariado para adultos mayores**

Los objetivos del programa son estimular la inclusión social de los adultos en situación de vulnerabilidad, evitar la institucionalización, demorar la internación, mejorar la calidad de vida, apoyo en gestiones de la vida social, estimular la sociabilidad, apoyo afectivo y reinsertar a la persona en su medio

social. El voluntariado interviene solidariamente en aquellas situaciones donde los adultos mayores acepten el servicio. Este servicio es de carácter temporal, transitorio e individualizado en el domicilio del interesado.

La formación de los voluntarios se realizó por intermedio del Instituto de Estudios Municipales. Hasta la fecha los egresados de los cursos son 57 personas: 50 mujeres y 7 hombres. El promedio de edad de los voluntarios es de 60 años y el requisito es ser mayor de 18 años y se prioriza pertenecer al mismo barrio del demandante del servicio. Los posibles usuarios son adultos mayores de 60 años y más, residentes en Montevideo en situación de vulnerabilidad debido a sus circunstancias económicas y/o sociales, ya sean: que vivan solos, con problemas de soledad y aislamiento, con dificultades para permanecer autónomamente en su hogar y/o que residan con las familias respectivas pero con dificultad de respuestas por parte de las mismas hacia la situación del anciano. Los voluntarios no realizan tareas como un servicio de acompañantes ni de cuidados, la tarea es acompañar en el proceso de inclusión. Apoyar y motivar el proceso de integración, creación de vínculos, facilitar vínculos perdidos con la familia, fomentar la participación en diferentes ámbitos sociales. El servicio existe hace 3 años, hasta la fecha se abordaron 40 casos.

### **Residencias Compartidas**

Este programa se plantea una forma de convivencia que busca vincular grupos de adultos mayores entre 2 y 4 personas con perfiles similares, logrando mejorar su calidad de vida en dos aspectos el económico y las situaciones de soledad, manteniendo la autonomía e independencia y mejorando la autoestima.

Pueden participar del programa personas mayores de 60 años, autoválidos, que perciban alguna pasividad del Banco de Previsión Social.

Este programa se desarrolla hace un año y medio y tiene en funcionamiento 5 residencias con un total de 13 personas .

En seguridad y beneficios sociales el principal ejecutor es el **Banco de Previsión Social** a través de pensiones, jubilaciones y beneficios económicos por discapacidad. La cobertura es alta (88%), pero el monto de las pensiones y

jubilaciones no resulta suficiente para asegurar las necesidades. El BPS desarrolla actividades a través de su gerencia de prestaciones sociales que incluyen aspectos como turismo, programa para voluntarios, asesoramiento y apoyo parcial a hogares sin fines de lucro y estímulo para asociarse y participar de clubes de mayores.

En las entrevistas realizadas a integrantes del Programa del Adulto Mayor del **Ministerio de Salud Pública**, se hace notar que en la actualidad están trabajando en el marco del cambio de modelo de salud. Uno de los objetivos que se plantean sobre los cuidados a los adultos mayores es trabajar en base a una lógica distinta donde cuidar se considere relevante y suponga reconocer que estas necesidades para satisfacerse deben tener una respuesta colectiva. En el presente no existe un fondo ni sistema de financiación de los cuidados continuados y permanentes que requieren los adultos mayores con pérdida de autonomía. Esta carencia según los integrantes del programa deviene de las características del modelo de beneficencia y de familiarización que se ha puesto en práctica hasta el momento.

En cuanto a los adultos mayores se plantea un sistema y modelo de responsabilidad compartida, familia, comunidad, los propios adultos mayores, efectores del sector privado, gobiernos locales y organismos del Estado. Conformar equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, contar con niveles de atención extra e intra hospitalarios que coordinen acciones y posibiliten la continuidad de cuidados progresivos en función de la situación social del adulto mayor. A nivel público, también se reconoce un déficit de políticas sociales dirigidas a este sector de la población, carencias del sistema de salud público y privado y ausencia de modelo de atención para ancianos dependientes. El modelo de atención que se ha puesto en práctica hasta el momento es asistencialista, de cobertura limitada y excluye grupos importantes de adultos. Existe un importante déficit y escasa variedad de servicios en el campo de las prestaciones, desprotección a un número creciente de adultos mayores, especialmente a los más vulnerables y con pérdida de autonomía.

No existen sistemas diferenciados para adultos mayores y la atención especializada tiene escaso desarrollo. El Hospital de Clínicas tiene el único Departamento de Geriatría del país y en ASSE-MSP se incluye la única

institución con servicios múltiples de corta y larga estadía (Hospital Centro Geriátrico "Dr. L. Piñeyro del Campo). En esta institución hay un servicio de cuidadores domiciliarios los beneficiario son personas derivadas desde el Hospital Piñeyro del Campo a domicilios de terceros donde se le paga a un cuidador.

En cuanto a las acciones que se están realizando actualmente desde el ministerio se menciona la creación del Carné del Adulto Mayor. El mismo es de carácter nacional y tiene como objetivo resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores usuarias del sistema de salud, pero no sustituye la historia clínica de control de enfermedades crónicas. Es de resaltar que este documento registra en forma expresa la situación funcional y social de la persona. En el primer aspecto se trata de saber si la persona tiene dificultades para resolver actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La referencia a la situación social de la persona haciendo alusión a la situación de vivienda, nivel educativo, soporte y participación social. Es importante señalar que el cuestionario esta dirigido a el "paciente y/o cuidador". (ver Anexo)

Los entrevistados hacen referencia al trabajo que se está realizando en conjunto con otras instituciones vinculadas a la problemática de los adultos mayores desde organismos del Estado, asociaciones de jubilados y grupos corporativos en la reglamentación de la Ley N°17.796 "Normas para la promoción integral de los adultos mayores". También se destaca una propuesta a desarrollar un programa general para asegurar la calidad de un envejecimiento activo.

## VII. Conclusiones

Este trabajo se planteó como objetivo conocer las nuevas formas de atención de los cuidados de los adultos mayores en el hogar en función del análisis de las empresas que han surgido para atenderlos, en el marco de las transformaciones que se han producido en la familia y en el rol de la mujer.

De acuerdo con la información relevada, la amplia proporción de la población en edad adulta que se encuentra asociada a estas empresas podría ascender al 60% de la población de 65 años de Montevideo. Esto muestra un impacto de la reestructuración de los cuidados de los adultos mayores en el hogar y por lo tanto la derivación de funciones desde las economías domésticas al mercado, sin la mediación del Estado. El costo de los servicios privados permiten insistir en el grado de privación de los sectores que no pueden pagarlo y como se explicó anteriormente, las mujeres y las familias siguen ocupándose de estas tareas. Al mismo tiempo, la importancia de los volúmenes de asociados muestra las deficiencias de los servicios y políticas públicas de salud y de atención a los adultos mayores. De hecho, estas empresas han asumido funciones propias del sistema de salud.

Respecto al tipo de servicios de cuidados que se brindan a los adultos mayores en el hogar, si bien se constata que el sector privado (“empresas de compañía”) atiende esta demanda, lo hacen como una actividad secundaria pues su misión principal es la de cubrir una carencia del sistema actual de salud: la compañía del socio-paciente. Estos servicios privados son funcionales en el sentido de brindar apoyo al adulto mayor en situación de internación hospitalaria. Las acciones que desarrollan en el hogar, en relación a los cuidados son limitadas y sujetas a un número importante de restricciones tales como tiempo y precio. La oferta de cuidados es una solución parcial que aparentemente las empresas lo utilizan como forma de diferenciarse entre si. Entonces, si el mercado responde en forma parcial y el Estado desarrolla acciones de escasa cobertura, el peso de la atención al adulto mayor en el hogar recae en la familia. Estado y mercado refuerzan en un doble sentido el

modelo familiarista y la asignación del rol mayoritariamente femenino a la hora de los cuidados al adulto mayor.

Según las características de los empleados se constata que las empresas de compañía responden a una lógica instalada en el mercado laboral la cual asocia a la mujer para este tipo de trabajos por considerar que tienen "atributos naturales" necesarios. El servicio brindado afirma la escasa valoración de los trabajos de cuidados de los adultos mayores en el hogar y la vigencia de una división de género en la cual las mujeres asumen los trabajos devaluados, profundizando la desigualdad de la condición femenina y la distancia entre la realidad y los derechos formales.

Finalmente, la información muestra la relevancia de la problemática de los cuidados de los adultos mayores y refuerza la necesidad de políticas públicas del Estado, ya que la atención brindada desde el sector privado deja brechas que requieren de políticas sociales. Estas deberían plantearse dentro de sus objetivos la reorientación de la atención, pasando de una atención asistencialista a otra que priorice el autocuidado y que potencie las facultades de los propios individuos para autovalerse; también el reconocimiento formal al trabajo de cuidados de las personas en general y en particular de las mujeres que realizan tareas de cuidados dentro y fuera de hogar.

## VIII. Bibliografía

AGUIRRE, Rosario, "Género ciudadanía social y trabajo". UDELAR, Montevideo, 2003.

AGUIRRE, Rosario, "Trabajo y ciudadanía de las mujeres en Uruguay". En: Revista de Ciencias Sociales, N°18, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 2000.

AGUIRRE, R. y BATTHYANY, K, "Uso del tiempo y trabajo remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003.", UDELAR, Montevideo, 2005.

AGUIRRE, R. y BATTHYANY, K. (Coord.), "Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur", Cinterfor/OIT, Montevideo, 2001

AGUIRRE y FASLLER, "La mujer en la familia como protagonista del bienestar social", En: *Género, familia y políticas sociales, modelos para armar*. FASLLER, HAUSER, IENS (ed), Trilce, Montevideo, 1997.

BATTHYANY, Karina, "Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?", Cinterfor/OIT, Montevideo, 2004.

BATTHYANY, Karina, "Estado, familia y políticas sociales, ¿quién se hace cargo de los cuidados y las responsabilidades familiares?. En: Revista de Ciencias Sociales, N°18, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 2000.

BERRIEL, F. y PÉREZ, R, "Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social". En: Revista Universitaria de Psicología, Segunda Epoca, N°1, Montevideo, 1998.

CORAGGIO, José Luis., "Economía del Trabajo". En: *A Outra Economia*, Antonio David CATTANI (org.), Veraz Editores/Unitrabalho, s/d, 2003.

DAMONTE, Ana María, "Como envejecen los Uruguayos", CEPAL, Montevideo, 2000.

DURÁN, María Angeles, "Si Aristóteles levantara la cabeza. Quince ensayos sobre las ciencias y las letras", Ed. Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer, Madrid, 2000.

DURÁN, María Angeles, "Uso del tiempo y trabajo no remunerado". En: Revista de Ciencias Sociales, N°18, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 2000.

DURÁN, María Angeles, "Los costes invisibles de la enfermedad", Fundación BBV, Madrid, 1999.

ESPING-ANDERSEN, Gösta, "Fundamentos sociales de las economías industriales", Ariel Sociología, Barcelona, 2000

ESPING-ANDERSEN, Gösta, "Los tres mundos del Estado de bienestar", Alfons el Magnànim, Valencia, 1993

GIMENEZ, Daniel, "Género, previsión y ciudadanía social en América Latina", Serie Mujer y Desarrollo N° 46/CEPAL, Santiago de Chile, 2003.

HOPENHAYN, Martín, "Viejas y nuevas formas de ciudadanía". En: Revista de la CEPAL, N°73, 2001.

INSITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DEL URUGUAY, "Censo General de Población año 2004–Fase 1", Montevideo, Uruguay, 2004.

MARSHALL, Thomas H., "Ciudadanía y clase social". En:

Thomas H. MARSHALL y Tom BOTTOMORE, *Ciudadanía y clase social*, Alianza, Madrid, 1998.

MARTINEZ ZAHONERO, José L., "Economía del envejecimiento calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos". Colección Estudios-CES, s/d, 2000.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA-INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO, "Atención Primaria de Salud de las personas adultas mayores. Protocolos para el manejo en atención primaria de los principales síndromes geriátricos. Parte I y II", Mimeografiado, Montevideo, 2005.

SÁNCHEZ VERA, Pedro, "Sociedad y población anciana", Universidad de Murcia, 1993.