



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

Doctorado en Sociología

Desigualdades en los cuidados de las vejeces en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana

Autora: Sol Scavino Solari

Tutora: Karina Batthyány

Tribunal: Eleonor Faur, Mariana Paredes y Bila Sorj

Dedicada a la socióloga *Rosario Aguirre*

a quién debo el interés por este tema de investigación y con quién crezco día a día intercambiando, compartiendo y construyendo reflexión colectiva. Juntas gozamos de nuestra pasión por la sociología y compartimos el interés y la acción por la transformación de las injusticias sociales en la realidad en la que estamos inmersas. Además de su extensa trayectoria como académica y socióloga -pionera en la región en la promoción del desarrollo de la sociología de género- Rosario Aguirre es una mente inquieta que logra convivir con un corazón grande rodeado de comunidad. Vaya ejemplo de académica feminista.

Para ella, este ensayo.

Agradecimientos:

A mi tutora, Karina Batthyány, a quien respeto por su incansable construcción de la sociología en Uruguay, la región y el mundo. Por su disciplina y fuerza de trabajo, que ha permitido la expansión fortuita de los estudios de género y cuidados a nivel regional y por su versatilidad, sagacidad y sabiduría. Gracias Karina por habernos educado, armado grupo, contenido y abierto camino para el feminismo en la sociología académica. A Natalia Genta y Valentina Perrotta, por su compañía y educación en estos diez años compartidos.

A mis colegas del departamento de sociología y de la academia, particularmente a Marius Dominguez, que ha sabido recibirme en Barcelona con gran hospitalidad y compartir su sabiduría con solidaridad.

A mis amigas de la academia y del feminismo de la calle, de la música, del arte y de la militancia.

A las colegas que formaron parte del tribunal, gracias por su lectura atenta y los comentarios que enriquecerán futuras elaboraciones en base a este texto: gracias nuevamente a Eleonor Faur, Mariana Paredes y Bila Sorj, ha sido un honor poder debatir estas ideas con ustedes.

A Mariela Solari y a Julio Scavino, que se animaron a cuidarme, gracias.

Resumen Extendido

El presente trabajo se propuso conocer cómo es la organización social del cuidado de las personas de 70 años y más en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana. La pregunta surge en el contexto del país pionero en la región latinoamericana en reconocer el cuidado como un derecho y en poner en marcha desde 2015 un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Siendo el segundo país más envejecido de América Del Sur y Centroamérica (CEPAL, 2022) y estando concentradas las personas mayores en el ámbito urbano, particularmente de la capital del país, fue de interés conocer cómo cuida el Estado a través del desarrollo del SNIC y cómo el mismo ha contribuido o no a la reversión de un modelo de división sexual del trabajo en las estrategias de cuidados en las vejez dependientes. Para su abordaje, el trabajo buscó posicionarse desde los cuidados como un punto de vista epistemológico y tuvo en cuenta los debates sobre políticas, bienestar, familismos y organización social del cuidado, así como sobre las vejez a la hora de plantear la construcción teórica del objeto de investigación. La organización social del cuidado, que integra a las políticas públicas, fue el concepto elegido para abordarlos a fin de captar la heterogeneidad que las estrategias de cuidados pueden adquirir en distintos contextos. La información relativa a la participación de distintos actores en el cuidado de las personas mayores de 70 años y más en situación de dependencia y las representaciones y expectativas de la población sobre los mismos fueron considerados como aspectos centrales dentro de las estrategias de cuidados. Las estrategias de cuidados representan un concepto que permite acercarse a indicadores empíricos para observar la organización social del cuidado y debatir acerca de la misma en el marco de las discusiones sobre el bienestar social. Se realizó una operacionalización de la dimensión material (tiempos y costos) y cultural (representaciones sociales, estrategias ideales de cuidados y motivaciones para cuidar) de las estrategias de cuidados. Para ello, se planteó un diseño mixto basado en el análisis de datos secundarios, como Encuestas Continuas de Hogares y Censos, así como primarios, a través de la elaboración en 2019 de la Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana (GISG-FCS-DS, ANII, SNIC) y el análisis de documentos, lo cual permitió el abordaje principalmente descriptivo de las estrategias de cuidados de personas mayores en situación de dependencia en dicho ámbito. Se condujo un análisis estadístico descriptivo, integrando diferentes técnicas y, también, un análisis de contenido para el abordaje de las distintas dimensiones que se desarrollaron en los capítulos centrales de análisis relativos a la participación del mercado y el Estado en las estrategias de cuidados (como contexto) y a la materialidad (participación, tiempos y costos) y la cultura (representaciones, ideales y motivaciones para cuidar). Se arriba a la detección de tres tipos de estrategias: la más preponderante, *la estrategia de bienestar comprometido de las mujeres*, presente en los sectores socioeconómicos medios, los más extendidos, y en donde

las mujeres están particularmente sobrecargadas de cuidados no remunerados en relación con los varones, aspecto que también sucede cuando la dependencia es moderada. Se trata de los hogares que cuentan con pocas políticas del Estado (las asistentes personales implican un copago que no siempre es sostenible para estos hogares y, además, sólo están dirigidas para personas en situación de dependencia severa de 80 años y más). Esta alta focalización deja por fuera a las personas mayores en los momentos de la dependencia moderada en donde es posible prevenir el aumento de la dependencia, trabajando en la autonomía y el cuidado de las personas. Estas estrategias que afectan a buena parte de los hogares montevideanos con personas de 70 años en situación de dependencia, expresan la escasa participación del Estado en las políticas de cuidados para las vejez en situación de dependencia, lo cual hace parte de una forma más amplia de rezago respecto al papel de las vejez y el envejecimiento en el ámbito público, como un tema central desde el cual abordar las políticas de la vida cotidiana. Las mayores ausencias del Estado delegan a la capacidad de compra en el mercado de servicios de cuidados, en donde en muchos casos se reproducen condiciones de precarización del empleo de las trabajadoras del cuidado y la mayor desigualdad de género en la provisión de los cuidados, a juzgar por el tiempo de trabajo no remunerado. En segundo lugar, *las estrategias precarizadas-focalizadas*, presentes en los hogares de niveles económicos bajos y con personas con dependencia severa se caracterizan por su escasa paleta de opciones materiales concretas de cuidados, como en los estrechos imaginarios expresados en los ideales de políticas públicas que el Estado podría desarrollar para cuidar y de estrategias ideales del cuidado. En ellos las cargas de cuidados son las más altas, ya que las necesidades (asociadas a la dependencia y a otras esferas como los ingresos, la accesibilidad al sistema sanitario, la vivienda, entre otras) son más importantes, siendo más dificultoso para ellos cuidar. Se caracterizan por presentar niveles altos de familiarismo en las estrategias (proporción de tiempo de cuidado familiar) y de familismo en los ideales de estrategias relativos al plano cultural. A su vez, son los hogares que cuentan con un relativo mayor apoyo por parte del Estado a partir del desarrollo de políticas focalizadas, como lo es el desempeño actual del Programa de Asistentes Personales (cuidado domiciliario) desarrollado por el SNIC. Estas estrategias suelen presentar problemas asociados a los territorios y la menor presencia de servicios en ellos, o a la falta de acceso a los mismos. En el caso de los hogares con personas en situación de dependencia severa que no cuentan con recursos para cuidar y culturalmente se resisten a la participación de otros actores en los cuidados. Las elevadas cargas de cuidados impiden la participación de las mujeres en el mercado laboral y en la vida social en general, lo cual restringe el ejercicio de su ciudadanía. Finalmente, *las estrategias desfamiliarizadas-privilegiadas*, características de los niveles socioeconómicos altos y de los estadios más leves de la dependencia, son aquellas en donde se detectan las menores brechas de género en la provisión de trabajo no remunerado de cuidados para las personas mayores de 70 años y más y en donde se encuentra la mayor diversidad de actores participando en las estrategias (excepto el Estado) y de imaginarios de Estrategias Ideales de cuidados como de demandas de políticas públicas más nutridos y plurales,

lo cual da pie a las reflexiones sobre las preferencias adaptativas en la población a partir del escaso despliegue de satisfactores concretos en distintos lugares del territorio por parte del Estado. En ellas la autonomía permite mayor tiempo solos, los niveles de dependencia son más bajos en los sectores económicos más altos y las familias dedican menos tiempo al cuidado por una mayor contratación de servicios. En esta estrategia, las menores brechas de género en los cuidados en relación con los sectores medios puede vincularse tanto al nivel socioeconómico en tanto los altos derivan el trabajo no remunerado hacia distintos servicios del mercado y en los hogares en donde, independientemente de su nivel socioeconómico, las personas tienen dependencia leve y el tipo de cuidados que necesitan es más flexible en su frecuencia y duración en relación con los tiempos del cuidado de las personas en situación de dependencia moderada o severa.

Esta identificación de las estrategias permite reconocer que múltiples modelos de bienestar y familismos planteados en la teoría coexisten en las prácticas, siendo el más extendido el de estrategias de bienestar comprometido que tensiona la vida de las mujeres cuidadoras y cuidadas sin mayor redistribución de los recursos materiales y culturales para el cuidado ante situaciones de dependencia. Esta estrategia extendida en los sectores medios y en los hogares con personas con dependencia moderada, se basa centralmente en el trabajo no remunerado de las mujeres y la presencia de la contratación de trabajo de cuidados domiciliario por parte del mercado, en donde la calidad y suficiencia del trabajo es de carácter precaria y frecuentemente informal. Esto representa un desafío clave relativo a la garantía de derechos ciudadanos y de las mujeres, particularmente cuando las mismas no se encuentran en etapas reproductivas. Los procesos de envejecimiento poblacional y la brutal ausencia de servicios y organización de políticas para personas mayores dejan al descubierto un resquebrajamiento interno de los sistemas de cuidados, que requieren pensarse no sólo en relación con las dinámicas en torno al mercado laboral sino como un derecho de las personas.

Esta organización de los cuidados, en su modelo cultural representa una serie de resistencias específicas vinculadas con el parentesco, el género y su papel en los cuidados en las representaciones sociales y estrategias ideales de cuidados de buena parte de los hogares encuestados. Si bien el familismo es alto en los cuidados ideales que las personas mayores deberían recibir y prevalece la norma social de “evitar ir a un centro” que muestra una díada vivienda particular/centro de cuidados en donde no existen vasos vinculantes y una mayor aceptación del cuidado remunerado en domicilio, siendo las viviendas particulares el escenario ideal del cuidado en los imaginarios de la población.

En el análisis de las motivaciones y motivos por los cuales se desarrollan las estrategias de cuidados, evidenció que la sostenida presencia de las familias y las mujeres de las familias como principales trabajadoras no remuneradas del cuidado se basa en mandatos morales asociados al parentesco, particularmente en la aparición de la obligación filial, conyugal o familiar. La

alternativa que el imaginario cultural abre y habilita es la de una “ayuda en domicilio” (una mujer contratada para cuidar en domicilio) para las cuidadoras principales. Supone la existencia de una familia. El imaginario del cuidado ideal de las personas mayores se sitúa en el orden de lo “íntimo”, “en el hogar” (en donde la desconfianza a incorporar a un “otro”, involucrar “extraños”, alude mayormente a la desconfianza y la necesidad de separación de lo público).

Si bien estos imaginarios se encuentran en las motivaciones generales por las cuales participan distintos actores y sectores en los cuidados, también se encuentran estrategias ideales de cuidados y conocimiento y demanda de políticas públicas muy distinta según los niveles socioeconómicos de los hogares con personas mayores en situación de dependencia de 70 años y más. Se evidencia una adaptación de preferencias en el caso de los hogares con menores recursos para costear cuidados en el mercado (principal ofertante de cuidados de larga duración y dirigidos para personas mayores), en donde hay una coincidencia entre las estrategias basadas en un alto papel de las mujeres y algunos varones de las familias de manera no remunrada, e imaginarios más familistas del cuidado ideal. En estos sectores, las demandas de políticas públicas muestran imaginarios más estrechos acerca de los diferentes servicios que el Estado podría desarrollar, en relación con los sectores medios y altos quienes mencionan mayor variedad de demandas de servicios.

En los sectores medios, en donde está extendida la provisión de cuidados no remunerados por parte de las mujeres de las familias, algunas aún insertas en el mercado laboral, y en donde hay mayor desigualdad en relación con la participación de los varones, se evidencian estrategias ideales de cuidados más desfamiliarizadoras en relación con los sectores bajos, pero menos en relación con los sectores socioeconómicos altos, en donde el acceso real al ejercicio de la “corresponsabilidad” vía mercado, presentan menores niveles de familismo en las estrategias ideales del cuidado.

Mediante el análisis de los componentes de políticas públicas, las características del sector cuidados y la materialidad y cultura de los cuidados en las estrategias de cuidados, se observa una organización social de los cuidados para personas mayores en situación de dependencia de características similares a las trayectorias de los países mediterráneos, particularmente Italia y España, con diferencias respecto al papel de la migración en el trabajo remunerado de cuidados. (Da Riot, 2010; Rodríguez Cabrero, 2012 y Rogero, 2010). En estos modelos de organización del cuidado, el familismo imperante se transforma en un familismo con aceptación del trabajo remunerado en domicilio, sostenidos por mujeres que realizan trabajo en condiciones precarias. Esto instala un diálogo acerca de la prioridad de los objetivos redistributivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados y la necesidad de una reevaluación del papel del Estado en cuanto a los mecanismos de financiamiento y la organización de la Seguridad Social, para la universalidad de los servicios y su real integralidad. Estos últimos son enunciados de principios del SNIC sobre los que aún no se ha avanzado de manera sustantiva, siendo las políticas

desarrolladas, una reorganización de políticas preexistentes, y su revisión en algunos casos, y, presentándose como políticas aisladas, sin articulación entre sí. Teniendo en cuenta la necesidad de promover mecanismos locales de cuidados (la Ley de dependencia de España inspiró buena parte de la política de “atención a la dependencia”), es necesario avanzar en el desarrollo de la oferta y el acceso a una diversa gama de servicios y programas, que articulados entre sí y con sus territorios permitan desandar tanto las desigualdades materiales, como las desigualdades culturales y admitan la posibilidad de imaginar nuevas vejez hoy y futuras.

Finalmente, a partir de la detección de estrategias en la organización social del cuidado de personas mayores en Montevideo y Área Metropolitana, es posible identificar una serie de desafíos para el desarrollo de políticas de cuidados con perspectiva de género y feministas que permitan salir de los círculos viciosos de desigualdad en los cuidados, a partir de la formación de las cuidadoras, del reconocimiento y redistribución del trabajo remunerado de cuidados, diseño de modelos de cuidado articulados por cuidadoras vertebradoras de los distintos servicios y programas disponibles, desde el territorio y considerando los cambios y fluctuaciones en el curso del tiempo.

Palabras clave: cuidados, género, vejez, organización social del cuidado, bienestar, desigualdades sociales.

Índice

Desigualdades en los cuidados de las vejeces en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	15
Los cuidados como punto de vista epistemológico.....	15
Dimensiones teóricas del abordaje de los cuidados.....	18
Ontológicamente relacional.....	20
Pragmáticamente perentorio.....	25
Esencialmente desfeminizado y diferente del “amor” (no es amor, ni es femenino).....	27
Materialmente: una forma de producción.....	34
Multidimensional, temporal y multi-situado.....	40
Cultural y normativamente: un derecho.....	44
El foco desde los cuidados.....	46
Cuidados y sociedad: bienestar, familismos, organización social y estrategias de cuidados.....	47
Cuidados y bienestar social.....	48
Cuidado y cultura del bienestar social.....	59
Organización social y estrategias de cuidados.....	61
Bienestar comprometido.....	65
Vejeces descuidadas.....	67
Vejeces, vejeismo y dependencia.....	68
Vejeces, género y ciudad.....	74
4. ANTECEDENTES.....	78
Estrategias de cuidados en Europa y América Latina.....	79
Rasgos de la protección social y de los cuidados de las personas mayores en la región.....	85
Antecedentes acerca de las personas mayores y los cuidados en Uruguay.....	94
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	110
Objetivos de Investigación.....	111
6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	112
Operacionalización de conceptos.....	113
La Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana	

(2019)	122
Limitaciones y potencialidades del diseño metodológico	128
7. ANÁLISIS	129
La antesala: ¿cómo cuidan el Estado y el mercado?	129
Estado: reconocimiento del derecho y limitaciones en los hechos.....	130
Mercado a costa de las cuidadoras	144
Materialidad de las estrategias de personas de 70 años y más en situación de dependencia para Montevideo y el Área Metropolitana	155
Sujetas claves: mujeres envejeciendo como cuidadoras y cuidadas	157
Un diamante poco brillante	164
El tiempo de cuidados: un trabajo de mujeres, desigualmente distribuido	182
Deudas económicas con las mujeres cuidadoras: valorización y costos del cuidado	193
Cultura de cuidados: estrategias ideales, representaciones sobre políticas y motivaciones para cuidar	202
Estrategias Ideales: en casa, con las mujeres (de la familia o remuneradas). Expectativas y prácticas.	203
La dimensión cultural de los cuidados a través de las motivaciones para cuidar y los motivos para no integrar otras formas de cuidados	214
Afectos y falacias. La naturaleza de la relación entre quienes cuidan y son cuidados.....	219
Aspectos contextuales: economía, convivencia y tiempo compartido.....	226
Características de las personas cuidadas y cuidadoras: saber hacer y cercanía	228
Evitar ir a un centro: cultura en las normas sociales, expectativas percibidas	233
¿Caminos hacia la redistribución? El papel del Estado y las políticas públicas de cuidados	242
8. REFLEXIONES FINALES.....	251
Estrategias de cuidados: bienestar comprometido de las mujeres, precarizadas-focalizadas y desfamiliarizadoras-privilegiadas.....	257
Deconstrucción de las estrategias del Estado patriarcal y mercadocéntricas	262
De círculos viciosos a círculos virtuosos.....	272
Preguntas de investigación emergentes.....	275
9. REFERENCIAS.....	276
10. ANEXOS	302

1. INTRODUCCIÓN

América Latina atraviesa un fuerte proceso de envejecimiento poblacional que coloca la necesidad de reorganizar la inclusión social y la provisión de los cuidados. Este fenómeno no es propio de la región, sino que afecta a toda la población mundial (por ejemplo, según la *World Population Prospects* de las Naciones Unidas, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, frente a una de cada once en 2019. A pesar de que en la región no se encuentran los mayores niveles de envejecimiento, la celeridad del proceso es destacable: el porcentaje de la población de 65 años o más casi se duplicó del 5% en 1990 a 9% en 2019 y se proyecta para 2050 la duplicación de la proporción actual en América Latina (Naciones Unidas, 2019).

El contexto latinoamericano hace frente a la diversidad de necesidades de su población presenta variaciones y heterogeneidades relativas a las historias y culturas de cada contexto y particularmente al desarrollo del alcance y tipo de Estado y protección social. Una diversidad marcada por la desigualdad y la acumulación de capital, escasa capacidad redistributiva por parte de los Estados y que es tensionada por nuevos retos sociodemográficos y económicos (particularmente en relación al modelo de recaudación fiscal y organización financiera de los estados). El acceso a servicios básicos garantizados por los Estados más allá de los mercados aún es muy distinto según el tipo de país que se mire. En este contexto, Uruguay es un pequeño país al sur, cuya historia es particular por su temprano establecimiento del Estado, por el alcance del desarrollo de servicios sanitarios y educativos desde principios de 1900, por su laicidad y laicismo, por su pequeña escala y una economía que exporta agro y software.

Asociado al papel del Estado en la provisión de bienestar temprano y con un alcance relativamente universal en cuanto a la educación pública y al sistema sanitario, Uruguay es el segundo país más envejecido de la región, ya que ha transitado una temprana segunda transición demográfica (Paredes, 2020, Filgueira, 1998, Midaglia y Antía, 2007, Perrotta, 2020). Este proceso, desde la restauración democrática en 1985, experimentó diversas etapas en cuanto al desarrollo del Estado y de las políticas públicas, así como diferentes ciclos de crisis. Los años noventa estuvieron marcados por el neoliberalismo, que redujo el gasto público y dio un papel central al mercado como proveedor de bienestar social. Los años 2000 estuvieron marcados por una importante crisis económica en 2002, que impactó en el aumento de la pobreza de sectores medios y bajos y que conllevó el desmejoramiento de la calidad de vida de la población y el aumento de la vulneración de derechos. En 2005 cambió el signo político del gobierno del país e iniciaron quince años de gobierno de izquierda. Durante el primer período, la disminución de la pobreza de casi un 30% a un 8% en la población fue producto del desarrollo de una serie de políticas sociales relativas a varias dimensiones de bienestar y de un cambio en el modelo de desarrollo del bienestar social, que tuvo al Estado como su propulsor central (Midaglia y Antía, 2007, Perrotta, 2020).

En este marco, durante los últimos dos períodos de gobierno se debatió, legisló e implementó un Sistema Nacional Integrado de Cuidados en el país, producto de la detección de las desigualdades de género como un nodo central en la producción de las desigualdades sociales y de un intercambio virtuoso entre las organizaciones sociales, la academia y los tomadores de decisión en la política pública (Aguirre, et al., 2014). No sin complejidades, como el freno presupuestal experimentado en 2010, el SNIC comenzó a desarrollarse como una política que se basó en reagrupar, extender y modificar levemente políticas preexistentes: centros de cuidados infantiles como Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF), Asistentes Personales (programa preexistente en el Banco de Previsión Social) entre otros. La Ley estableció cuatro poblaciones prioritarias: las personas cuidadoras, las niñas y niños, las personas mayores y las personas con discapacidad que tuvieran alguna situación de dependencia. Sin embargo, el desarrollo de servicios y la asignación presupuestal fue mayor para el caso de las/os niñas/os (SNIC, 2020). En Uruguay la tasa de natalidad disminuye mientras que el envejecimiento poblacional aumenta (Paredes, 2020), lo cual supone una pregunta relativa al bienestar para la población, dado el reciente desarrollo del SNIC: ¿cómo es la organización social del cuidado de las personas de 70 años, y más en situación de dependencia, en Montevideo tras la implementación del SNIC a partir de 2015, y qué implicancias tiene en las desigualdades de género y en la distribución del bienestar social?

Estas preguntas son centrales si se tiene en cuenta el concepto de crisis de cuidados, y las sobrecargas que viven las mujeres de los hogares, cuando, insertas en el mercado laboral, aún asumen la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados que insume el cuidado de la sociedad. Las mujeres aportan el 70% del tiempo total de cuidados en países como Chile, Argentina, España y Uruguay, siendo mayor el aporte en relación con los varones en todos los países de América del Sur y Centroamérica para los que se cuenta con información sobre uso del tiempo (Dominguez Amorós, Batthyány y Scavino, 2021, CEPAL, 2021, 2022).

Ante la creación de políticas de cuidados del SNIC y la constatación de una expansión de servicios de cuidados dirigidos hacia niñas/os vinculados a la inserción de las mujeres en el mercado laboral (Araya, Colacce y Vázquez, 2011), en el presente trabajo buscamos conocer cómo es la participación del Estado, mercado, familias y comunidad en la vida cotidiana de las personas de 70 años y más que viven en Montevideo y Área Metropolitana. ¿Quiénes cuidan de las personas mayores en situación de dependencia? ¿Qué tipo de políticas se desarrollan y qué modelos culturales de cuidados promueven? ¿Qué costos implica cuidar y quiénes los asumen? ¿Cómo son las desigualdades en los cuidados en las vejez? ¿En qué medida el modelo de cuidados promueve los derechos de las personas cuidadoras y de las personas mayores que requieren cuidados? ¿Contribuyen las políticas públicas de cuidados a la dependencia, a modificar la actual división sexual del trabajo, sobre todo, desfamiliarizando y desfeminizando los cuidados por medio del desarrollo de prestaciones públicas específicas? ¿Cómo se vinculan con las

condiciones laborales de las cuidadoras? ¿Cuál es el papel de las personas mayores en el diseño de las políticas públicas?

Estas preguntas inspiraron el desarrollo del presente trabajo, que se enmarca dentro del Grupo de Investigación de Sociología de Género, creado en 1993 por Rosario Aguirre y coordinado desde hace más de quince años por la Dra. Karina Batthyány, que desde 2010 tiene como un eje central de estudio y análisis a los cuidados como nodo central de las desigualdades de género y socioeconómicas. A continuación, se plantean las preguntas concretas que guiaron la presente investigación y que buscan problematizar el papel de las mujeres y los varones, del Estado, del mercado, de las familias y de la comunidad en la organización de los cuidados de personas mayores en la capital del primer país en la región en reconocer el derecho al cuidado, en desplegar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados para garantizarlo y el segundo país más envejecido de la región. El presente trabajo intenta conocer cómo son las configuraciones colectivas expresadas tanto en la materialidad como en la cultura de los cuidados de las formas de dar cuenta de las necesidades de las personas que están en situación de dependencia. Se busca avanzar sobre el conocimiento de la participación del Estado, del mercado, de la familia y de la comunidad, y de los varones y las mujeres en los cuidados de manera articulada, teniendo en cuenta el trabajo no remunerado en el sostén de la vida cotidiana de estas personas.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación se sitúan en el país pionero en desarrollar un SNIC, que, si bien encontraba rasgos de desarrollo incipiente en 2010, no se implementó hasta 2015, por lo que se consideró relevante tener en cuenta para algunos indicadores el período 2012-2019 y, para otros, 2015-2019, contando con buena parte de los datos para 2019. En el caso del primer período, el mismo admite la evaluación de cambios o permanencias en indicadores clave relativos a la calidad del empleo en el sector cuidados una vez implementado el SNIC, que fuese buque insignia de campaña de cara al tercer gobierno del partido de izquierda en Uruguay, que se caracterizó por incrementar los niveles de bienestar de manera significativa, tras una aguda crisis socioeconómica experimentada en el año 2002 (Midaglia y Antía, 2007; Perrotta, 2020).

Una pregunta teórica y de carácter general, ubicada más arriba, propone como guía para el siguiente trabajo el conocimiento sobre la organización social del cuidado de las personas mayores de 70 años o más en situación de dependencia para Montevideo y Área Metropolitana en 2019, contemplando indicadores relativos al período 2012-2019 y 2006-2019. El trabajo de campo culminó previo a la pandemia por la covid-19, lo que implica que los cambios en los cuidados suscitados posteriormente no son parte del presente trabajo. Como se desarrollará más adelante, la organización social del cuidado es observable empíricamente a partir de los tiempos y tipos de actores que componen las estrategias de cuidados desarrolladas en la vida cotidiana

de las personas que los necesitan. Considerando este punto, a continuación, se plantean las preguntas de investigación que orientan este trabajo:

Pregunta General

¿Cómo son las estrategias de cuidados en términos de su materialidad (tiempos y costos) y cultura (estrategias ideales de cuidado, representaciones de género en los cuidados, políticas públicas ideales y motivos y motivaciones por los cuales se cuida de la manera en que se hace) para personas de 70 años y más en situación de dependencia (en adelante, PM70dep) en Montevideo y Área Metropolitana?

Preguntas Específicas de trabajo

Pregunta específica 1. ¿Cómo es la materialidad de las estrategias para el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana?

1.1 ¿Qué políticas públicas de cuidados desarrolla el Estado y qué tipo de trabajo produce el Mercado?

1.2 ¿Cómo son las estrategias de cuidado de PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana en cuanto a la participación y distribución del tiempo de trabajo de cuidados entre Estado, mercado, comunidad y familia, y entre varones y mujeres?

1.3 ¿Cuál es el valor económico del trabajo de cuidados no remunerado generado para el cuidado de las PM70dep por parte de familiares no remunerados?

1.4 ¿Qué costos económicos asumen los hogares con PM70dep para llevar adelante el cuidado?

Pregunta específica 2. ¿Cómo es la cultura de las estrategias para el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana?

2.1 ¿Cómo son las estrategias ideales de cuidado y cuál es su relación con los elementos materiales de las estrategias desarrolladas?

2.2 ¿Cómo son las representaciones de género en cuanto al papel de varones y mujeres en las estrategias de cuidados?

2.3 ¿Cuáles son las motivaciones para participar de las estrategias de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia y cuáles son los motivos de uso o no uso de centros de cuidados, cuidados domiciliarios y cuidado familiar no remunerado?

2.4 ¿Cuáles son las políticas públicas que deberían desarrollarse para el cuidado de las personas mayores y qué modelos culturales de cuidados proponen?

3. MARCO TEÓRICO

Los cuidados como punto de vista epistemológico

Organizar los cuidados ha sido un aspecto profundamente vinculado a las decisiones relativas acerca de qué debe ser considerado un asunto público o un asunto privado. Las feministas han mostrado durante más de un siglo que la inequitativa distribución y valorización de este tipo de trabajos supone un costo particular en el caso de las mujeres, quienes están culturalmente mandatadas a cuidar en el marco de los hogares sin mayores apoyos colectivos tanto para garantizar un buen cuidado como para proteger la vida de las cuidadoras (Kollontai, 1918; Tristán, 1843; De Beauvoir, 1949; Amorós y De Miguel, 2005; entre otras). La ausencia de reconocimiento del cuidado como un problema público en las sociedades occidentales, particularmente en aquellas en donde se ha intentado desarrollar al Estado como un espacio común garante de los derechos consensuados en convenciones nacionales e internacionales, es una de las diferenciaciones centrales en el acceso más o menos equitativo al bienestar social. Este acceso es profundamente desigual entre varones y mujeres. El papel del Estado en los distintos modelos de desarrollo social en pugna, de mayor o menor carácter redistributivo, se asocia con mayores niveles de igualdad y justicia social, mientras que la ausencia del desarrollo de servicios del Estado se vincula a mayores niveles de desigualdad y menor calidad de vida en la población (Pateman, 1995, 1970; Tronto, 2013; entre otras).

Parte del debate sobre la distribución de los cuidados y las cargas en distintos miembros de la sociedad se sigue basando en nociones infundadas sobre la familia y, particularmente, sobre las mujeres de las familias como garantes naturales de un buen cuidado, a causa de un supuesto conocimiento innato asociado al mismo. Este carácter “innato” está fuertemente vinculado a la diferenciación biológica entre mujeres y varones, que se expresa a través de la gestación, parto y lactancia, y que sirve de apuntalamiento –biológico– para la extensión de múltiples imaginarios feminizados del cuidado: ante enfermedad, ante dependencia, ante las necesidades afectivas de hijos/as jóvenes o adolescentes, etc. (Chodorow, 1978; Durán, 1991, 1988, 2008; Jelin, 1998; Arriagada, 2006; Federici, 2018; Aguirre, 2003, 2005, 2009; Batthyány, 2001, 2015, 2021; entre otras). A su vez, se inscribe en la vida cotidiana, más próxima a los quehaceres que sostienen aspectos básicos, “naturales” de la vida, como por ejemplo la alimentación, lo cual hace que de manera muy frecuente aparezcan como “naturalizados”, o “dados” para buena parte de la población. Esto obedece a un doble juego: el no reconocimiento del carácter de trabajo y los costos del cuidado por parte de las personas cuidadoras, y a su vez, su “opacamiento” social, su ausencia de mención, su corrimiento del centro en el debate público.

El sometimiento de los cuidados al espacio doméstico y de las mujeres a su realización (mediante el desarrollo de mandatos morales y culturales así como de oportunidades materiales diferentes) ha sido central para la despolitización de los mismos y para el sostenimiento y

desarrollo de las políticas públicas de los Estados, a partir de fines del siglo XIX, particularmente las de sistemas educativos y sanitarios, mientras que los sistemas de jubilaciones, pensiones y transferencias monetarias no garantizan la satisfacción de necesidades de manera concreta, así como derivan las responsabilidades concretas a las familias y las personas (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Tronto, 2013; entre otras).

Es relevante reconocer que algunos procesos de desfamiliarización de los cuidados han acompañado el desarrollo de las sociedades occidentales (en desigual medida, según los modelos de Estado, tipo de desarrollo económico y los caminos históricos recorridos por cada uno de ellos). Por ejemplo, la definición de la organización del sistema sanitario por fuera de los hogares, así como del sistema educativo, fue importante a la hora de racionalizar nociones desfamiliarizadoras del cuidado, ya que puso en valor el conocimiento profesional y técnico a la hora de garantizar derechos. Este debate llevó un tiempo y es uno de carácter similar al estado actual del debate sobre los cuidados y el papel del Estado como rector de la protección social, y ésta como indicadora del bienestar social (Filgueira, 1998, Esping-Andersen, 1993, otros).

En este escenario es importante reconocer como un eje central analítico del bienestar a la división sexual del trabajo dentro del análisis de redistribución, del valor redistributivo del desarrollo de estas instituciones para las sociedades (Daly y Lewis, 2011; Esping-Andersen, 2008; Martínez Franzoni, 2008; entre otros). En el caso del debate del Sistema Educativo, su expansión como una política pública universal permitió admitir que el modelo de las escuelas y de la formación de maestras era más eficiente y distributivo a la hora de educar, lo que presentaba un efecto redistributivo por parte del desarrollo del Estado. Este proceso condujo a la desfamiliarización de la educación, lo cual implicó el desarrollo del Sistema Educativo por fuera de los hogares y con una fuerte participación del Estado y de las entidades públicas: leyes, decretos, nuevos roles sociales, nuevos espacios institucionales, colectivos, nuevos sujetos políticos en la negociación colectiva. La externalización de la educación de niños/as desde el ámbito doméstico hacia el sistema educativo ha permitido el desarrollo de oportunidades más equitativas para los niños/as de la población respecto al acceso a la información, conocimiento, pero también a entornos adecuados para cuidar e, incluso, a otros aspectos relativos al bienestar, como la alimentación. A su vez, también ha permitido descomprimir parte de la carga de cuidados de las mujeres en la vida cotidiana, mediante la expansión universal desde los 4 años de los centros de al menos cuatro horas diarias. Esto puede vincularse tanto con los avances de la incorporación de las mujeres en el mercado laboral, como en la existencia aún de limitaciones para su participación (Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019).

No se observó un proceso similar relativo a las personas mayores. Sus cuidados se han asociado a lo socio-sanitario, mientras que los cuidados de niñas/os, a lo socio-educativo. El cuidado de las personas mayores y el desarrollo de instituciones para su participación social representan un tema incipiente e incómodo para la agenda pública de países que envejecen a

pasos acelerados (Paredes, 2020; Aguirre y Scavino, 2018; Federici, 2015; Freixas, 2008; Carrasco, Borderías y Torns, 2011; entre otras).

Si bien es cierto que hace más de un siglo el Sistema Educativo y Sanitario han sido centrales en el desarrollo social, evidenciado, entre otros aspectos, en el aumento de la esperanza de vida, la disponibilidad de ingresos mínimos más generalizada en el total de la población, el acceso a la educación, entre otros, también es cierto que la mayor parte de los cuidados aún permanece en el ámbito doméstico (Batthyány, 2015; Martínez Franzoni, 2008; Filgueira, 1998; entre otros). Esto representa un problema, tanto para las personas que necesitan cuidados (puesto que su garantía está sujeta a la casuística de las oportunidades y recursos de cada hogar, como, por ejemplo, de contar con una red familiar o del tipo de conocimiento disponible para cuidar), así como para las personas cuidadoras (quienes ven sus posibilidades de acceso al empleo o al sistema educativo, entre otras, menoscabadas, así como del goce pleno de buena salud).

En este marco, la constatación del cuidado como un trabajo y su proclamación como un derecho siguen siendo una demanda central de los feminismos y los organismos que parten de la base de que las sociedades más equitativas son sociedades más desarrolladas en cuanto a sus capacidades, niveles de bienestar y economías¹ (CEPAL, 2021; ONU Mujeres, 2020; OIT, 2018; entre otros); y también de los valores de la justicia social como uno de los principios promotores del desarrollo democrático (Tronto, 2013). Así, las relaciones y necesidades de cuidados son parte central del debate sobre cómo satisfacemos concretamente las demandas de alimentación, higiene, educación, cura, sostenimiento emocional, educación emocional, abrigo, entre otro conjunto concreto de tareas esenciales para la supervivencia y el bienestar.

El cuidado de las personas mayores ha sido relegado en relación con el desarrollo institucional y público. Las causas de este fenómeno pueden ser múltiples: la asunción de que con seguridad de ingresos en las vejez se cuenta con recursos suficientes para cuidar, la asunción de que es mejor invertir en otros momentos del curso vital de las personas por razones utilitaristas, los ritmos de los procesos democráticos. Se trata de una de las necesidades sociales más crecientes, debido al fuerte proceso de envejecimiento poblacional y al aumento de la

¹ En cuanto a los compromisos internacionales en América Latina y el Caribe en la segunda mitad del Siglo XIX y a comienzos del Siglo XX, se destacan, además de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW (1979) —estableció que los Estados están obligados a tomar medidas y acciones para la igualdad entre varones y mujeres—, la Convención de Belén do Pará y el Programa de acción regional para las Mujeres de América latina y el Caribe (1995-2001, Mar del Plata), la Declaración y Plataforma de acción de Beijing (1995), el Consenso de Santiago (1997), la Declaración del Milenio (Objetivos de Desarrollo del Milenio) en el 2000, el Consenso de Quito (2007), el Consenso de Brasilia (2010), el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), la Estrategia de Montevideo (2016), el Compromiso de Santiago (2020) y la reciente XV Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe (2022) (CEPAL, 2021, p. 5). A la vez, en el año 2016 fue aprobada por la Asamblea General de Estados Americanos la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos, en donde se actualizan y enuncian con particular claridad los derechos de las personas mayores.

población en situación de dependencia, muy particularmente de las asociadas a la salud mental, en el marco del alargamiento de la vida experimentado por la población a nivel global.

No obstante, la misma está en crisis, puesto que las tradicionales formas de resolver los cuidados en familia o bien inhabilitan el pleno goce de derechos por parte de las personas cuidadoras, o bien el pleno goce del derecho al acceso al cuidado de calidad por parte de quienes lo necesitan (Pickard, 2012). Esto supone un nuevo desafío para los Estados en su papel de orquestadores y responsables de dar garantías del derecho al cuidado e implica reflexionar sobre los modelos de organización del tiempo y del trabajo en las sociedades actuales, así como de cuáles son las formas de organizar y promover condiciones laborales adecuadas y los mejores cuidados posibles ante las nuevas necesidades de cuidados de la sociedad (Nedelsky y Malleson, 2023). Por ello la pregunta ¿cómo son las estrategias de cuidados para personas mayores en situación de dependencia? es central en el presente trabajo y busca debatir los avances de la división sexual del trabajo, situada más allá de las etapas “reproductivas” de las mujeres (Aguirre y Scavino, 2018; Freixas, 2008). La pregunta sobre cómo estamos cuidando también alude a qué garantías de experimentar una ciudadanía plena existen para las mujeres. Esto implica conocer si la participación en el mercado laboral es o no una condición para el pleno goce de derechos y reflexionar sobre el papel de la vida, su cotidianidad, reproducción y sostenibilidad en las sociedades actuales, en los acuerdos comunes y en las consignas centrales de las agendas públicas.

En el presente capítulo expresamos algunas dimensiones centrales y comunes que reconocemos en los recorridos teóricos del cuidado y que permiten construirlos como punto de vista epistemológico. Sostenemos, junto con otras autoras, que los mismos son una categoría sociológica central a la hora de construir la pregunta de investigación que orienta el presente trabajo –¿cómo es la organización social del cuidado, expresada a través de las estrategias para cuidar de personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana? –. Principalmente, porque los mismos son un nodo central de las desigualdades de género en las sociedades occidentales actuales, que, invisibles pero entrelazados en la historia de las mujeres durante todo el curso de vida, coartan el desarrollo de su ciudadanía plena, tanto de las cuidadoras, como de las que requieren cui

Dimensiones teóricas del abordaje de los cuidados

Cuidar es un concepto en constante redefinición que, al tornarse normativo, impondría un modelo de vida y de sociedad. Por tanto, hay quienes proponen que se trata centralmente de un proceso cultural (de negociación y definición colectiva) en donde las personas definen conjuntamente qué es conforme a las características de su cultura y los conocimientos relativos a lo que implica una “buena vida” y a la gestión colectiva de las problemáticas provenientes de los “descuidos” (Walker, 2007; Tronto, 2020). En su conceptualización está en juego la

moralidad, en donde se plantea un debate entre un modelo teórico-jurídico basado en la noción de ciudadanía y educación expuesta por pensadores como Rousseau, entre otros, y un modelo expresivo-colaborativo, en donde los cuidados son esencialmente acuerdos culturales concretos, definidos por las comunidades (Walker, 2007). El primer modelo es una abstracción y el segundo responde a los vínculos humanos concretos en donde se define la materialidad y significación de esos cuidados. En los mismos puede haber relaciones de poder de múltiples características. Una de las definiciones recientes sobre qué es el cuidado plantea que es “una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretener una compleja red del sostenimiento de la vida” (Fisher y Trono, 1990, p. 40). Esta definición fue criticada por ser amplia, tanto que en el ámbito de las ciencias sociales y aplicadas no permite distinguir e identificar empíricamente y con claridad qué es cuidado y qué no, lo cual no impidió que la misma hiciera las veces de orientadora de otra serie de definiciones sobre el cuidado que portan distintos énfasis. Uno de ellos es el vínculo entre las personas y la naturaleza. Actualmente, la crisis ecológica supone un riesgo concreto para la vida de las personas, y el cuidado como una relación de los seres humanos con el entorno aparece como uno de los conceptos centrales a la hora de comprender los nuevos desafíos sociales en cuanto al bienestar. Esta síntesis la han aportado concretamente las corrientes ecofeministas, vinculando los efectos del desastre ambiental y climático sobre los seres humanos y la naturaleza en general y sobre las mujeres en particular (Puleo, 2002; Shiva y Mies, 1998; entre otras). Por otra parte, el urbanismo feminista se hace eco de una definición del cuidado que acentúa su vínculo con el territorio, la organización de servicios en el mismo, sus infraestructuras y su disposición en condiciones de igualdad para toda la ciudadanía (Herrero, 2013; Falú, 2018; Falú y Colombo, 2022; Ciocchetto, 2014; entre otras).

Otras definiciones hacen foco en los cuidados como una actividad que enlaza personas y tecnología-máquinas, por tanto, indaga en el papel de, por ejemplo, la robótica, en la promoción de las condiciones de vida para personas mayores, o de la tecnología en la mejora de los mecanismos y entornos para cuidar (Eunkyung, Yoonhyuk y Seongcheol, 2023).

Los cuidados como relación social entre personas ha sido uno de los ejes centrales de análisis para la sociología y otras disciplinas. Principalmente atendiendo el tipo de vínculo, la materialidad y las significaciones culturales sobre las actividades que hacen las cuidadoras y las personas que requieren cuidados. Las redes de cuidados también han sido importantes en el análisis relativo a cómo se lleva adelante la acción de cuidar. El presente trabajo se sitúa en la relación entre las personas, sin desconocer la multidimensionalidad de los cuidados. Se plantea el análisis de la relación entre las personas en el cuidado, haciendo foco en la resolución concreta

de necesidades perentorias² a fin de sostener la vida de los miembros de las sociedades actuales de manera tal que en la producción social del mismo no haya costos específicos para algunos sectores poblacionales. Algunas de las definiciones que buscaron especificar de qué hablamos cuando nos referimos a los cuidados plantean que implica “prestar apoyo a alguien que está en situación de dependencia o a personas que requieren de otro para su desarrollo” (Thomas, 2011 en Batthyány y Genta, 2020, p. 223), o toda “acción de cuidar a un niño o a una persona adulta dependiente para el desarrollo y bienestar de su vida cotidiana. Comprende la responsabilidad material (trabajo), la económica (el coste) y la psicológica (el afecto, las emociones, los sentimientos). La puede efectuar un pariente voluntario dentro de la familia, o bien una persona remunerada, dentro o fuera de la familia. La naturaleza de la actividad de cuidar varía según se efectúe en el seno de la familia o bien se delegue a otras personas y según sea una actividad remunerada o no” (Letablier, 2007, p. 21) o una actividad que “implica prestar ayuda o brindar apoyo para el desarrollo de personas dependientes. Se trata de quienes no pueden desarrollarse por sí solas: niños pequeños, personas mayores, los enfermos o personas en situación de discapacidad, con dependencia³” (Batthyány, 2001, 2009 y 2015). Desde esta última noción, el presente trabajo se pregunta cómo son las acciones concretas previstas para dar cuenta del bienestar de las personas mayores en situación de dependencia a fin de garantizar el no avance de la misma y su supervivencia, en pleno goce de sus derechos humanos. Para ello, es necesario avanzar en el esclarecimiento del punto de vista epistemológico, siendo los cuidados una categoría central para situar la pregunta de investigación. A continuación, se busca establecer algunas dimensiones del concepto de cuidados expresadas en la teoría para situar la pregunta de investigación, a través de ejes centrales de lo que implica considerar a los cuidados como un punto de vista epistemológico.

Ontológicamente relacional

El cuidado es un concepto que se caracteriza fundamentalmente por la interdependencia (el “entre”) que, a su vez, requiere el reconocimiento de la vulnerabilidad y de la exposición a ella por parte de todas las personas de la sociedad en distintos momentos del curso de vida (Ruddick,

² Por ejemplo, una ginecóloga que necesita una operación por quistes en sus trompas necesita de otra para poder operarla, porque a pesar de que ella sabe cómo hacerlo, no puede realizarlo por sí misma. O de un bebé que no puede vestirse por sí mismo y morirá de frío si dicha necesidad de no es advertida y respondida responsablemente por alguien más. Esta definición recuerda la de Parker (1981, p.17) que señalaba que el cuidado es “trabajo real de atención (*tending*) a las personas que temporal o parcialmente no pueden valerse por sí mismas”, centrándose en el mismo como una forma de “atender”.

³ Esta definición está inspirada en las del feminismo materialista francés y los andamiajes previos en las definiciones de similar calibre proporcionadas por Aguirre (1998). La definición planteada por Batthyány (2001, 2009, 2015) permitió el surgimiento de definiciones específicas como “cuidados no remunerados en salud” y “cuidados en salud” (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014 y Scavino, 2018) a la vez que condujo, junto a los impulsos pioneros de Aguirre al despliegue de las primeras mediciones empíricas en Uruguay en la región del trabajo de cuidados y doméstico como parte del trabajo no remunerado a través de la aplicación de las Encuestas de Uso del Tiempo. Las definiciones sobre cuidados también coinciden con las presentadas en el mundo hispanohablante principalmente de la mano de Durán (1988).

1989; Tronto, 2020; Pineda Duque, 2018). La interdependencia es una de las dimensiones del concepto, que, como punto de vista epistemológico, propone una mirada centrada fundamentalmente en la reproducción y supervivencia de los miembros de una sociedad de manera colectiva, lo cual conduce a colocar la mirada sobre las relaciones sociales. La interdependencia es la condición inherente a la humanidad de depender de otros para sobrevivir, y de cómo los otros cuidan al entorno, desprendiéndose de esta segunda noción la idea de ecodependencia, que alude a la dependencia de los seres humanos de su vínculo con la naturaleza. En palabras de Tronto (2020), que el cuidado sea relacional e interdependiente, invita la construcción de los problemas de investigación a partir del supuesto de que “los individuos se vuelven autónomos y capaces de actuar por sí mismos a través de un complejo proceso de crecimiento, desarrollo, mediante el cual unos y otros son interdependientes y se ven transformados en sus vidas” (p. 30). Lo que implica dar cuenta del proceso de estímulo, desarrollo y sostenimiento de la vida de los otros.

Al ser ontológicamente relacional, el cuidado es contextual y está sujeto a las relaciones materiales y culturales de cada contexto, recordando que en las sociedades actuales la globalización y lo propio de una comunidad están imbricados en procesos de hibridación, marcados no sólo por el importante papel de la tecnología en las relaciones humanas, sino también por la internacionalización de las desigualdades laborales y la dislocación de la producción y provisión de recursos y servicios (Sassen, 2000 y 1999, Pérez Orozco y Domínguez, 2014).

Desde este punto de vista, al ser relacional también puede verse como un discurso, en tanto cada comunidad imprime una moral sobre lo que implica cuidar que suele estar permeada de relaciones de poder (Van Dijk, 1999; Tronto, 2013). Como vehículos de poder, los discursos sobre el cuidado representan objetos de conocimiento en sí mismos. Por ejemplo, la distinción entre protección⁴ y cuidados es particularmente trabajada por Tronto (2013), quien acuerda con Narayan (1995) en que es necesario estudiar quién genera un discurso sobre los cuidados y para qué, a fin de reconocer su carácter cuidador o de ejercicio de poder de un grupo sobre otro. Narayan (1995) señaló que la conquista desde Europa hacia África y América Latina se presentó al interior de los países europeos desde una narrativa de cuidados. En su ejemplo, el colonialismo no se justificó ante las poblaciones de los países imperialistas como un “sistema de explotación de otros bienes, de la propiedad y del trabajo”, sino que se presentó como un discurso cuidador y civilizatorio de las sociedades bárbaras, o premodernas: “la auto explicación narrativa se sostenía dentro de un discurso del cuidado: los autóctonos podían ser evangelizados, civilizados,

⁴ Los discursos militares o policiales, incluso patriarcales (de la figura del varón protector) sugieren frecuentemente una idea de cuidados que más que acciones para proteger la vida, suponen el establecimiento de una relación de poder mediada por la violencia. Por ejemplo, la protección de un extraño que ataca, suele ser ofrecida como un discurso de cuidados. En varias marchas por los derechos de las mujeres en América Latina, este debate entre cuidados y protección se ha visto reflejado en consignas como “Me cuidan mis amigas, no la policía”.

mejorados gracias a su encuentro con los ideales cristianos, británicos y occidentales” (Narayan, 1995 en Tronto, 2020, p. 32).

De esta manera, la interdependencia y la dimensión relacional de los cuidados también está sujeta a un análisis acerca de cómo se distribuye y ejerce el poder en dichas relaciones y de cómo es presentado en las narrativas en torno al mismo. La producción discursiva hace a la cultura de los cuidados que imparte sentidos macro sociales expresados en los medios de comunicación, en los mandatos institucionales, las leyes, las religiones, e introyectados diferencialmente a partir de la creación de emociones asociadas a conductas y moralidades, que, a su vez, se hallan en la base de las motivaciones para la acción (Hochschild, 1995; D’ Oliveria Martins, 2018). El carácter relacional del cuidado admite el reconocimiento de la existencia de una emocionalidad asociada a las motivaciones o a los motivos por los cuales las personas se involucran en relaciones de cuidados. Estas emociones no son innatas, sino que espejan parte de las expectativas sociales, y materialidades posibles, que circulan en la cultura a modo de representaciones sociales o estereotipos. El concepto de representaciones sociales, “pensamiento constituido y pensamiento constituyente” (Ibáñez, 1988, en Araya Umaña, 2002, p. 30), es central en la psicología social, donde Moscovici (1979) se ha dedicado a abordarlas y definir las como un vehículo de las prácticas sociales de los sujetos, de los sistemas de comunicación y lenguaje, constituyendo parte de la actividad psíquica que permite la inteligibilidad del vínculo con el contexto. Pueden entenderse como “construcciones simbólicas que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas. El ámbito social es, más que un territorio, un espacio simbólico definido por la imaginación y determinante en la construcción de la autoimagen de cada persona; la conciencia está habitada por el discurso social⁵” (Lamas, 1999, p.157). Las representaciones sociales de los cuidados son formas de comunicación y conocimiento que se insertan en condiciones y contextos específicos y donde es preciso conocer “las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás” (Jodelet, 1986, pp. 474-475). Se trata de constructores de sentido que no sólo son opiniones sobre algo o actitudes hacia algo sino que representan “sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual” (Farr, 1984 en Araya Umaña, 2002, p. 28).

Como parte de la ontología relacional, el reservorio de representaciones sociales orienta la emergencia de las emociones, ya que también pueden ser definidas como “estructuras

⁵ A su vez, las mismas son cambiantes en el tiempo. Por ejemplo, las declaraciones de acuerdo con roles tradicionales de género podrían presentar nuevos sesgos de discapacidad social ante las demandas del movimiento social feminista y la popularización del debate y su entrada en la agenda pública (en América Latina con un fuerte “nuevo impulso” a partir de 2017 o cuarta ola, según Lamus Canavate (2021)).

cognitivo-afectivas que sirven para procesar la información del mundo social, así como para planificar las conductas sociales” (Páez et al, 1987 en Araya Umaña, 2002, p. 29). La identificación de las emociones experimentadas por los sujetos da a conocer las formas en las que la cultura produce emocionalidad y sentido en torno a los cuidados (Nussbaum, 2006 en Carrasquer, 2013). Hochschild (1995) exalta la noción de “vínculo emocional” dentro de la definición de cuidados, señalando que el mismo es “por lo general mutuo, entre el cuidador y el cuidado, un vínculo en el que la persona cuidadora se siente responsable por el bienestar de otros y hace mental, emocional y el trabajo físico en el curso del cumplimiento de esa responsabilidad. Así, el cuidado ‘de’ una persona implica el cuidado ‘sobre’ (*to care about*) él o ella” (Hochschild, 1995, p. 333). La autora define a las emociones como una construcción social con cooperación biológica del cuerpo, cuyo fin no es una orientación hacia la acción, sino más que nada una “orientación hacia la cognición”⁶ (Hochschild, 2013 en D’Oliveira Martins, 2018, p. 84 y 86) y analiza al trabajo emocional como una forma consciente de producirlas y muy particularmente implicada en las relaciones de cuidados⁷. Las emociones, también son parte de la carga cognitiva y mental de los cuidados (Damingier, 2019)⁸ y las mismas son importantes para comprender los

⁶ La autora señala: “Cabe aclarar que por emoción me refiero a la conciencia de la cooperación corporal con una idea, un pensamiento o una actitud, y a la etiqueta adosada a esa conciencia” (Hochschild, 1975 en D’Oliveira Martins, 2018, p. 84). Cuatro elementos definitorios son señalados por la autora del libro en las definiciones que ha brindado Hochschild: “las emociones tienen un sustrato biológico esencial, el sustrato biológico se expresa en la cooperación del cuerpo con pensamientos, ideas y actitudes; las emociones están orientadas a la acción y a la cognición y, por último, comunican información acerca de la posición del sujeto en el mundo” (Hochschild, 1975) en D’Oliveira Martins, 2018, p. 86).

⁷ Define al trabajo emocional como “el trabajo de intentar sentir el sentimiento apropiado para el trabajo, ya sea despertando o suprimiendo los sentimientos - una tarea que se cumple a través de actos corporales y mentales” (Hochschild, 2013). Señala que en el trabajo emocional de cuidados puede haber transmutación incompleta: cuestiones emocionales de resistencia y disonancia. Se trata de la resistencia ofrecida por los cuidadores al proceso de instrumentalización de las emociones, cuando no quieren o no pueden ajustar las emociones “verdaderas” a las que pide la empresa (o el contexto social de interacción). También se puede encontrar transmutación completa, es decir una adecuación, autenticidad y alineación del sistema emocional que al ser controlado por los intereses y objetivos empresariales o del contexto social, generar una transmutación exitosa (D’Oliveira-Martins, 2018). Señala que existe elaboración y gestión de las emociones mediante un proceso que involucra al menos tres dimensiones: la cognitiva (el intento de cambiar imágenes, ideas o pensamientos al servicio de modificar los sentimientos asociados con ellos), la corporal (intento de cambiar síntomas somáticos y otros síntomas físicos de la emoción, como intentar respirar lentamente o no temblar) y la expresiva (tratar de cambiar gestos expresivos con el fin de intentar cambiar los sentimientos asociados a ellos, como reír para no llorar) La gestión de las emociones se vincula con los procesos de adecuación emocional que pueden clasificarse según los juicios: a) adecuación clínica, que refiere a lo que se espera de las personas normales y saludables (la persona piensa que su enojo es “saludable” aunque sea moralmente incorrecto); b) la adecuación moral, que refiere a lo que es legítimo desde el punto de vista moral (la persona se enfurece con el niño indefenso, pero ese sentimiento es reprimido por moralmente inapropiado) y c) la adecuación socio-situacional (en el caso de una fiesta, sentirse exaltado). Esto último se vincula con la idea de las reglas de sentimiento, es decir con el reconocimiento de parámetros esperados sobre aquello que los sujetos creen que deberían sentir –o esperan sentir– y la manifestación de los sentimientos experimentados (Hochschild, 2011).

⁸ Damingier (2019) ha propuesto una forma de definir operativamente la dimensión cognitiva de cuidados como el trabajo mental de pensamiento de los elementos prácticos de las responsabilidades del hogar, organización de actividades y planificación y preparación para las mismas. Por su parte, el trabajo emocional se refiere a mantener las emociones de la familia, calmar las cosas cuando hay conflictos con los niños o preocuparse por cómo les va en la escuela, lo que de manera interseccionada representa la carga mental.

costos psicológicos y de la salud mental que supone la realización de este tipo de trabajos para las personas cuidadoras. Por ejemplo, antecedentes internacionales concuerdan en la evidencia de la relación positiva entre la realización concreta de tareas de cuidado y el estrés en la población cuidadora (Burridge et al., 2007; Gupta, Rowe & Pillai, 2009; Zhan, 2006 en Zarzycki y Morrison, 2021, p. 650). También vinculan la realización de las tareas de cuidados con la percepción de obligaciones familiares, los valores familistas del cuidado y la etnicidad (Dykstra & Fokkema, 2012; Goldberg-Looney et al., 2017; Ikkink et al., 1999; Morrison & Williams, 2020; Parveen et al., 2011, 2013, 2014; Silverstein et al., 2006 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 650). A su vez, se conoce que la resistencia a cuidar o el sentimiento de obligación al hacerlo pueden tener consecuencias negativas en la calidad de vida (salud, integración social, ingresos) de las personas cuidadoras (Burridge et al., 2007; MacNeil et al., 2010; Raveis, Karus, & Siegel, 1998; Zarzycki y Morrison, 2021 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 650). También se menciona un “desgaste del rol” que hace alusión a los cambios en las motivaciones para cuidar y el vínculo positivo con los costos en la salud, economía y otras dimensiones en las vidas de las personas cuidadoras a medida que transcurre el tiempo (Morrison & Williams, 2020). Varios de los servicios de cuidados en domicilio generan cambios en las motivaciones de los/as cuidadores/as durante el transcurso del tiempo y reportan más alivio para las personas cuidadoras, del cual no gozan las cuidadoras familiares (Russell, 2001; Sterritt & Pokorny, 1998; Tretteteig, Vatne & Rokstad, 2017; Tretteteig, Vatne, Rokstad & Rokstad, 2017; Gerdner, Tripp-Reimer & Simpson, 2007; Lewis, Curtis & Saucier Lundy, 1995; McDonnell & Ryan, 2014; Öhman & Söderberg, 2004, Lee, Lee & Lee, 2019; Neufeld & Harrison, 1998; Stajduhar, Martin, Barwich & Fyles, 2008 en Zarzycki y Morrison, 2021, p. 641). Los antecedentes indican que las motivaciones expresadas para cuidar cambian a medida que aumenta la dependencia, según el tipo de tareas de cuidados que realizan, según la estructura familiar, la proximidad geográfica con los servicios, los medios financieros para proveer cuidados, y los compromisos y objetivos laborales de las personas cuidadoras (Zarzycki y Morrison, 2021, p. 647).

En las motivaciones para cuidar, también se puede poner en juego la afectividad, el cariño, la alegría que puede significar intercambiar y compartir con otro a quien se quiere, así como sentir miedo a que otras personas participen en los cuidados. En este caso, el conocido afán de la sociología por desentrañar los motivos para la acción desde una mirada sobre un “yo racional” admite la consideración de las emociones ante la aparición de un “yo sensible”, “un yo que tiene capacidad de sentir y conciencia de tal característica. Lejos de calcular con frialdad o expresar ciegamente emociones incontroladas, el yo sensible es consciente de sus sentimientos, así como de las numerosas directrices culturales que los configuran” (Hochschild, 2011, p. 114).

A la vez, es producto y productor de formatos de subjetividad⁹.

Las motivaciones pueden definirse como las “orientaciones de las personas hacia sus metas, actitudes, creencias y valores y, por tanto, hacia la realización de una acción y su sostenimiento” (Zarzycki y Morrison, 2020, p. 638), como procesos de inicio, guía y manutención de los comportamientos que aluden principalmente al porqué. En el caso de los cuidados, se entretajan como producto de las representaciones sociales, que como mandatos han requerido de una introyección emocional que se presenta de manera distinta según los diferentes posicionamientos sociales (de clase, género, raza).

Las motivaciones, además de fluctuantes en el tiempo, pueden ser definidas como una razón o condición tanto consciente, como inconsciente o subconsciente a nivel individual (Hidi & Harackiewicz, 2000; Ryan & Deci, 2000; Woolfolk, 2013; Collins & Jones, 1997; Powers & Whitlatch, 2016; Statham, 2003 en Zarzycki y Morrison, 2020, p. 638). Como la cultura que las produce, las motivaciones son multidimensionales y multifacéticas (Kanfer, Chen y Pritchard, 2008 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 643), tienen determinaciones múltiples y existen diversos antecedentes internacionales que buscan abordarlas empíricamente (Baker, Jensen & Murphy, 1988 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 643).

Así, los cuidados como punto de vista epistemológico requieren una mirada relacional, situada, como la consideración de las orientaciones culturales a través de las representaciones, estereotipos, significados, ideales, motivaciones y emociones implicados en su desarrollo y sostenimiento a lo largo del tiempo.

Pragmáticamente perentorio

Si bien hay algunas formas de cuidados que pueden postergarse, una de las razones fundamentales por la cual es importante partir desde ellos como un punto de vista epistemológico es reconocer que, sin ellos, la vida termina. Es decir, que la muerte, la enfermedad, el malestar o la destrucción son las consecuencias del no cuidado. Por ejemplo, en donde se encuentran las menores tasas de esperanza de vida es en donde socialmente se fracasa en la meta de sostenerlas. Cuando las personas no pueden hacerse cargo de sí mismas es cuando emerge la relación social del cuidado más claramente y, desde allí, es importante considerar como una segunda propiedad que defina al concepto que es pragmáticamente perentorio.

Esto admite la consideración de su materialidad, de los costos que implica en términos de tiempo y dinero, de disponibilidad afectiva, mental y corporal, así como de su carácter ineludible a la hora de sostenernos como especie. Esta constatación de su perentoriedad ha llevado a debatir qué es lo que se define como una relación de servicio y qué se define como una

⁹La subjetividad se entiende como la producción histórico-política de los sujetos. Los procesos de subjetivación refieren a las formas de socialización que crean identidades políticas (Foucault en Butler, 1990).

relación de cuidado (Pérez Orozco y Domínguez, 2014; Cameron y Moss, 2007, Sarasa, 2003, 2004; Durán, 2005, 2011; Rodríguez Cabrero, 2011b; Abellán, Esparza y Pérez Díaz, 2011 en Carrasquer, 2013, p. 100 y en Tronto, 2020).

El servicio se trata de una relación en donde las necesidades no son perentorias (por ejemplo, una trabajadora doméstica que cocina para alguien que puede hacerlo por sí mismo). Aquí, quien detenta poder en la relación es la persona que contrata y quien se halla en condiciones de menor injerencia es la persona contratada, tratándose de un servicio que en las sociedades de mercado se vende y se compra, mientras que en las sociedades esclavistas era una tarea impuesta a las personas esclavizadas, tanto a hombres como a mujeres¹⁰, lo cual supone una configuración de la división sexual del trabajo distinta a la división sexual del trabajo mujer-ama de casa y varón-proveedor (Viveros, 2016; Lorde, 1979, entre otras). En el segundo caso, se trata de un trabajo que es necesario que otro realice a fin de que la persona sobreviva (como alimentar a un bebé recién nacido o curar la herida tras una operación compleja) (Tronto, 2020). En su provisión pueden mediar relaciones mercantiles, pero la distinción entre servicio y cuidados es relevante a la hora de dilucidar el concepto, ya que la misma permite reconocer cuándo estamos ante una situación de cuidado de las necesidades de otro y cuándo ante una relación de servicio. Vinculado al debate entre servicio y cuidados se encuentra el de “trabajo sucio” y “trabajo emocional”. En este caso, el “trabajo sucio” –como cargar el cuerpo, lidiar con lo escatológico, realizar tareas forzosas o rutinarias (Duffy, 2007)– es frecuentemente derivado hacia las relaciones de servicio (mercantiles), mientras que el “trabajo emocional y cognitivo” es jerarquizado como tarea propia de las familias, lo cual está fuertemente condicionado por las relaciones de clase (Genta, 2018; Waerness, 1984; Tronto, 2013, 2018, 2020). Esto no implica que las cuidadoras remuneradas no realicen trabajo emocional, sino que, contrariamente, cuando las personas pueden elegir en qué “parte” del trabajo involucrarse, delegan los aspectos pesados para el cuerpo y la salud mental y jerarquizan los elementos emocionales, afectivos y de intercambio de ideas. En palabras de Molinier (2012), la distinción entre el cuidado sucio y el cuidado emocional o cognitivo ha dado lugar a la separación de dos esferas morales del cuidado: la que alude a la impureza y “el asco” y la del cuidado “como amor”, exaltando la segunda y menospreciando la primera. La distinción entre trabajo sucio y trabajo emocional ha sido fuente de análisis para identificar la presencia de personas “forzadas a cuidar” (Glenn, 2010) en donde se han señalado dos tipos de coerción: la obligación por status (madre, hija, esposa) y la racialización del “servicio” (Waerness, 1984;

¹⁰ El paradigma de la interseccionalidad ha mostrado cómo la narrativa sobre la división sexual del trabajo (varón proveedor, mujer cuidadora trabajadora doméstica) no era válida para la experiencia de las mujeres y varones afro que habían experimentado procesos de esclavitud, en donde ni las mujeres se dedicaban exclusivamente a lo doméstico, ni los varones detentaban el poder del varón blanco, trabajador, educado y público, siendo parte de una colonialidad discursiva (Davis, 2004 y Mohanty, 1991 en Viveros, 2016, p. 9). Dorlin (2005) sostuvo que “la feminidad de las amas de casa (*housewife*), definida en términos de piedad, pureza, sumisión y domesticidad, no se oponía a la masculinidad del jefe de hogar, sino a la feminidad de la sirvienta doméstica negra (*household*), reputada por ser lúbrica, amoral, rústica y sucia” (Dorlin, 2005 en Viveros, 2016, p. 11).

Glenn, 2010, pp. 6-7 y Tronto, 2013). Este “forzamiento a cuidar” es explícito en los patriarcados de coacción, mientras que en los actuales “patriarcados del consentimiento” (De Miguel, 2015) se diluye la generización, racialización y el carácter de clase a través de los mandatos o representaciones sobre quiénes deben cuidar y por qué y del papel central del mercado en los montos y tipos de salarios y condiciones de producción de dicho trabajo.

De esta manera, el cuidado es una relación social que aparece ante la perentoriedad, pero la forma en la que se provee está atravesada por múltiples desigualdades y el tipo de tareas realizadas, jerarquizadas y moralizadas por la cultura.

Esencialmente desfeminizado y diferente del “amor” (no es amor, ni es femenino)

La adjudicación de las tareas de cuidado a las mujeres se ha fundado en prenociones esencializadoras de una naturaleza femenina que plantean que existe una inclinación natural, intuitiva y biológica hacia la realización de las tareas domésticas y de cuidados. Algunas autoras sostienen que esto tiene un apuntalamiento en el hecho biológico del embarazo, utilizado como puntapié para el desplazamiento de una supuesta “naturaleza cuidadora” a todos los ámbitos de la vida social (Waerness, 1984). ¿Por qué las mujeres se hacen más cargo de las tareas de cuidado que los varones? Esta es una pregunta fundamental para los feminismos y los estudios de las desigualdades de género. Un razonamiento presente en el sentido común ha asociado a las mujeres con el cuidado bajo el supuesto de que las mismas son mejores cuidadoras por naturaleza producto de su capacidad biológica para dar vida. Este argumento ha sido central en el debate sobre la distinción entre sexualidad biológica y género que constituyó uno de los debates centrales del feminismo durante el siglo XX y transitó de un salto retórico desde la *sexualidad* y relaciones de “sexo” hacia la aparición del concepto de *género*. Como tal, fue planteado desde el ámbito de la medicina y la psiquiatría, intentando comprender las diferencias entre cultura y sexualidad a partir de la constatación del hermafroditismo. Inicialmente se señaló que “el vocablo género no tiene un significado biológico sino psicológico y cultural. Los términos que mejor corresponden al sexo son ‘macho’ y ‘hembra’, mientras que los que mejor califican al género son ‘femenino’ y ‘masculino’, estos pueden llegar a ser independientes del sexo (biológico)” (Money 1995 y Stoller, 1968 en Oliva Portolés, 2005, p. 20). En su pasaje al uso del concepto dentro de las ciencias sociales, a pesar de que sus contenidos ya existían en el ámbito de las mismas¹¹ sin

¹¹ Por ejemplo, el pensamiento crítico del determinismo biológico de género (del planteo del desprendimiento del comportamiento cultural de una matriz biológica inmutable) estaba presente en el pensamiento de las feministas del siglo XIX y de comienzos del XX, pero el concepto género no apareció como tal hasta el 60 y fue adoptado por las ciencias sociales en torno a 1970. Margaret Mead, antropóloga, fue pionera en indagar y poner a prueba empíricamente que no existen diferencias innatas que justifiquen la división sexual del trabajo en las familias (varones, trabajo remunerado, mundo público y mujeres, cuidados y tareas domésticas), estableciendo que las diferencias en cuanto a los “papeles” y las conductas

el nombre *género*, fue reafirmada la idea de que se trata de construcciones socioculturales, cambiantes en el tiempo, institucional y culturalmente sostenidas que tienen como fin indicar quién es y qué le corresponde a cada miembro de la sociedad, estableciendo esencialismos asociados a las bases fisiológicas de los seres humanos. Por ejemplo, mediante la reafirmación de que se trata de un aprendizaje y no de algo innato “...es el fruto de un aprendizaje que comienza con la temprana ‘socialización’ del individuo y queda reforzada por las experiencias del adulto. [...] La influencia que ejercen sobre nosotros las normas patriarcales sobre el temperamento y el papel de los sexos no se deja empañar por la arbitrariedad que suponen. Tampoco plantean cuestiones debidamente serias las cualidades privativas, contradictorias y radicalmente opuestas entre sí que imponen a la personalidad humana lo ‘masculino’ y lo ‘femenino’” (Millet, 1995, p. 82); o de que se transmite de manera intergeneracional y por ello, es posible de ser transformado¹²: “en la medida que la generación adulta logra con éxito hacer de los niños seres sociales conforme a las concepciones aceptables de sexo, esos niños se convertirán en adultos que harán elecciones coherentes con su propia identidad sexual” (Saltzman 1992, p. 32).

En este sentido, el cuidado asociado al sexo femenino fue cuestionado como una “aptitud” de las mujeres por su “condición biológica” planteándose la idea alternativa de que las formas de organizar el cuidado varían según la cultura y el momento histórico y, si bien en casi todos los escenarios lo han hecho las mujeres, esta es una construcción cultural que perpetúa formas de desigualdad entre varones y mujeres. Las mujeres son educadas para sentir mayor aprehensión hacia el cuidado y suelen ser reconocidas en las sociedades por dicho rol (Chorodorow, 1978, Gilligan, 1982), pero, en América Latina, las condiciones en las que se ejercen los cuidados, no son redistributivas, es decir que dicho reconocimiento a la maternidad y las mujeres cuidadoras, no tiene como correlato el acceso garantizado a una ciudadanía plena, a la igualdad de oportunidades que debería garantizar la igual de derechos (CEPAL, 2019, 2021, 2022, Huenchuán, 2019, Batthyány, 2015, Aguirre, 2003, 2009, Aguirre y Ferrari, 2010, entre otras).

El concepto ha avanzado desde una reflexión sobre la diferencia entre biológico y cultural hasta la conceptualización de sistemas de género, pasando por la crítica fundamental sobre la representación dicotómica del género como masculino y femenino como una forma de negación de otras identidades de género (Butler, 2007). Rubin (1975) avanzó sobre la noción de sistema sexo-género como un “un sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica

sexuales se explican por elementos culturales propios de cada comunidad en *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (1935). O en el pensamiento de De Beauvoir, que en 1949 separaba sexualidad biológica de la construcción cultural “mujer” en su famoso postulado de *El segundo sexo*: “Mujer se hace, no se nace”.

¹² Otra forma de comprender su transformación es reconociendo cómo el papel de la maternidad en la sociedad es cambiante: “El desplazamiento de los cuidados desde el servicio doméstico o ‘la comunidad’ al ámbito privado de la familia y de las redes femeninas de cuidados, asalariadas o no, a la madre, fue un proceso ciertamente lento y dificultoso, máxime entre las clases trabajadoras dadas las altas tasas de actividad femenina de la época” (Rose, 1992; Canning, 1996; Borderías, 2009 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011, p. 21).

en productos de actividad humana”, mientras que Teresa de Lauretis (1984/85) definió al género “como la construcción social de la mujer y del hombre y la producción semiótica de la subjetividad” (Rubin 1975; Rich 1980 y de Lauretis 1984, en Gil Rodríguez, 2002, p. 34). Más adelante, Scott (2003) propuso que “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder [...] ...son los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los símbolos (...). Se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricay unívocamente el significado de varón y mujer, de masculino y femenino” (Scott, 2003, p. 289). La idea de sistema de género presenta claramente la necesidad de considerar en su entendimiento y análisis distintas dimensiones, como la macrosocial y la individual, a fin de conocer distintas expresiones de su orden, que es distinto del sexo biológico. Anderson (2006) define al sistema de género como “un conjunto de elementos que incluyen formas y patrones de relaciones sociales, prácticas asociadas a la vida social cotidiana, símbolos, costumbres, identidades, vestimenta, tratamiento y ornamentación del cuerpo, creencias y argumentaciones, sentidos comunes y otros variados elementos que permanecen juntos gracias a una débil fuerza de cohesión y que hacen referencia directa o indirectamente, a una forma culturalmente específica de registrar y entender las diferencias y semejanzas entre géneros reconocidos: es decir, en la mayoría de las sociedades humanas, entre varones y mujeres” (p. 21). Todas las definiciones coinciden en la *necesidad de desbiologizar la noción de mujer*, desacoplando la idea de dimorfismo sexual del binarismo ideológico y conduciendo la aparición de la noción de *género* (Segato, 2015). Para ello, según Butler (2007), es central reconocer que la *representación* es un “término operativo dentro de un procedimiento político que pretende ampliar la visibilidad y la legitimidad hacia las mujeres como sujetos políticos y, por otro lado, la representación es la función normativa de un lenguaje al que se acusa tanto de revelar como de distorsionar lo que es verdadero acerca de la categoría de las mujeres” (Butler, 2007, p. 46). La representación política y lingüística de lo que son las mujeres y los varones es central para la comprensión sus posiciones sociales. Butler (2007) parte de la idea foucaultiana de que “los sistemas jurídicos de poder producen a los sujetos a los que más tarde representan” y, por tanto, si el análisis es correcto “la construcción política del sujeto se realiza con algunos objetivos legitimadores y excluyentes, y estas operaciones políticas se esconden y naturalizan mediante las estructuras jurídicas. El poder jurídico ‘produce’ irremediamente lo que afirma sólo representar, así la política debe preocuparse por esta doble función del poder: la jurídica y la productiva” (Butler, 2007, pp. 47-48). De esta manera, la asociación de lo *femenino* al *cuidado* y muy particularmente a la maternidad, han sido y son formas de esencialización de las mujeres constructoras de una feminidad cultural hegemónica que sustenta el papel de las mujeres en los cuidados, impactando en las formas en las que las mujeres pueden ser representadas y constituirse en sujetas políticas, reconocidas en los sistemas de justicia, en las políticas públicas, en la esfera política, entre otras (Badinter, 2011; Chodorow, 1978; Fraser y

Gordon, 1994 y Crompton, 2006 en Carrasquer, 2013, p.107; Federici, 2018, Batthyány, 2020, Aguirre, 1999, entre otras).

Los dilemas de reconocimiento, redistribución requieren del análisis de la materialidad y la cultura, pero también de un análisis sobre la representación en una comunidad: “cualquier injusticia estructural que sufran sus miembros se remitirá en último término a la estructura de valoración cultural” (Fraser, 2000, p. 37). De esta manera, los sistemas de reconocimiento y redistribución están mutuamente implicados, pero pueden reproducir formatos de injusticia social si no se tiene en cuenta la idea de representación. Los principales sujetos de las políticas suelen no tener representación y voz en su diseño. . Esto, de manera más amplia ha sido analizado como la eficacia política, el vínculo entre las personas y las formas en las que funciona la democracia en términos de representación directa e involucramiento entre ambas partes (Pateman, 1970). De esta manera, Fraser (2015) agrega a la dimensión de reconocimiento y redistribución para el análisis de la justicia social y el tipo de modelo social de bienestar que se presenta en distintas sociedades, la dimensión de la representación como un foco central para promover la capacidad de transformación del ámbito político. Por tanto, es necesario tener en cuenta cómo es la representación pública de las personas implicadas en los procesos de desarrollo de las políticas públicas (Fraser, 2015).

La división sexual del trabajo se encuentra vinculada con un modelo dicotómico de representación del género, que ordena el mundo en dos ámbitos de desempeño productivo y reproductivo, al que, en la modernidad, se asignan dos espacios y sujetos muy concretos. El primero pertenece al ámbito público y está asignado a los varones (fuertes, instrumentales, activos, racionales, insensibles) y el segundo, al ámbito privado, de “puertas adentro” (Durán, 1991) y está asignado a las mujeres (sutiles, afectivas, pasivas, emocionales, sensibles). Este esquema, según Butler (2007), es posible gracias a la instauración de una coherencia entre sexo (dicotómico), género (dicotómico) y deseo (heterosexual). La esencialización de las mujeres como sensibles, emocionales y afectivas ha sido parte de una subjetividad que las mantiene asociadas al trabajo doméstico y de cuidados. La herencia, la transmisión intergeneracional de los saberes de cuidados entre las mujeres, a veces se presenta como un argumento para justificar una mayor participación de las mujeres. Sin embargo, esto es propio de la cultura. Parte de esta discusión se presentó ante los resultados de investigación de Gilligan (1982) quien, en *In a different voice*, identificó dos arquetipos de justicia generizados en los niños: los varones reproducen una ética de la justicia (aplicación de leyes, razonamiento racional, universal y abstracto en base a los marcos institucionales disponibles) para resolver dilemas sociales, mientras que las mujeres utilizan más una ética del cuidado (definida por la orientación a las necesidades del otro y la empatía, pragmática y concreta, menos presente en los varones). Esto da cuenta de la socialización de género, productora de subjetividad, pero no de la existencia de un conocimiento innato asociado a la sexualidad biológica (Gilligan, 1982). El supuesto instinto de las mujeres

para cuidar es fuertemente moralizado en exigencias que se reinventan con el correr del tiempo y que están ancladas no sólo en el género, sino muy particularmente en el sistema de parentesco de las familias nucleares occidentales. En palabras de Jelin (1998):

En efecto, la unidad familiar no es un conjunto diferenciado. Es una organización social que compone un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y de distribución con una estructura de poder y con fuertes componentes ideológicos y afectivos que cementan esa organización y ayudan a su supervivencia y reproducción. (...) Los principios básicos de organización interna siguen, en tanto familia, las diferenciaciones según edad, género y parentesco (p. 26).

Dentro de los papeles esperados de las mujeres en las familias, el cuidado, y el cuidado “amoroso” es uno de los centrales, sin embargo, siempre ha habido varones cuidadores (CEPAL, 2022, Batthyány, 2015, otros), y el “amor” es un concepto ambiguo (Hochschild, 2012a), sin conocerse de qué manera impactaría en la calidad de los cuidados. La esencialización del cuidado como un acto de amor, principalmente “femenino”, produce una miopía cultural sobre las necesidades y las condiciones técnicas, sociales y culturales con las se puede contar para mejorar la calidad de vida de las personas, promover el desarrollo y frenar el avance de la dependencia.

Finalmente, la tríada mujeres-amor-cuidados es vertebral en la tautología que “conmina” (Glenn, 2010) a las mujeres en esta actividad y central en el debate sobre si cuidar necesariamente implica la presencia del amor: si las mujeres son más empáticas e innatamente cuidadoras, capaces de dar mejor y mayor “amor” que otras personas, el cuidado entonces debería incluir en su definición misma al amor como una propiedad. Este imaginario del sentido común acerca del papel central del amor en los cuidados, fue debatido en los ochenta y noventa cuando algunas autoras del feminismo planteaban el papel central del amor en la definición del concepto de cuidados, así como de la afectividad e irremplazabilidad de algunas personas en los cuidados por sus componentes de parentesco (Graham, 1983, Legarreta, 2011). El debate en el estado actual reconoce que el amor, pero sobretudo la temporalidad y la confianza en los vínculos son importantes en la relación de cuidados, pero muchas veces no son necesarias. Particularmente el amor no es una propiedad del concepto de cuidados, a pesar de presentarse en algunas relaciones de cuidados. Paperman (2011) sostuvo que conceptualizar al cuidado como un acto de amor impediría responder ante las necesidades de la población, reconociendo que las mismas son centrales para la ciudadanía. A la vez, afirmó que las “relaciones personales (familiares, amorosas, de amistad, entre personas cercanas que no son parientes, pero que están ligadas por una proximidad de vecindad o prácticas de ayuda)” son relevantes (Paperman, 2011, p. 32).

Una de las paradojas para las mujeres, al quedar cooptadas por el mandato otredad-amor-cuidados y al ser esta actividad colocada en el ámbito doméstico, es que se supone que el ámbito

de exaltación del “yo” y de la individualidad como es el espacio “íntimo”¹³, carece de relevancia para las mujeres por el tiempo que dedican a trabajar en dicho ámbito (Murillo, 1996). A la vez, en el proceso de mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, esta marca del trabajo “doméstico” de las mujeres, se desata del espacio “casa” y pasa a portarse en la subjetividad y a trasladarse dichos ámbitos. Por esto también se ha hablado de la “domesticación del trabajo” (Martín Palomo, 2008).

El imaginario de cuidado de las mujeres de la familia se complementa con el rechazo hacia el cuidado provisto por extraños a partir de la desconfianza y miedo que se expresan en las representaciones sobre los centros de cuidados. Algunos de los miedos se vinculan a las trabajadoras del cuidado, de quienes suele desconfiarse cuando la “ganancia” intermedia la relación, ya que se entiende que podrían carecer del “deber moral de cuidar bien” mientras que se sostiene la falacia de que el parentesco garantiza el buen trato, es decir que las familias sí cuidan bien (Graham, 1983, p. 29), lo cual no es cierto a juzgar por las cifras de violencia intrafamiliar (Segato, 2018, INMUJERES Mexico, 2019, Federici, 2018, Ungerson, 1990). De manera categórica, Bock y Duden (1985) plantearon que el amor –“materno”– ha sido un necesario giro retórico para el montaje de la división sexual del trabajo de la era industrial, en donde separar casa de trabajo, amor de razón, afectividad de producción de capital fue central como nueva forma de orden cultural funcional a los intereses de los grupos de poder, caracterizados por su masculinización y la presencia de recursos. Según Federici (2015), esto fue un mecanismo para la masculinización de la acumulación originaria explícito a través de la no remuneración del trabajo de cuidados y doméstico. Bock y Duden (1985) condujeron una investigación histórico-antropológica que buscó manifestar que el cuidado debe de ser entendido como un trabajo asumido de manera distinta según el período histórico que se analice. En su título, señalan el auge del “trabajo por amor” y “amor como trabajo” para indicar que la asunción de la crianza de los niños/as por parte de las mujeres “madres-amantísimas” sucede en el momento histórico en el que se afianzan los conceptos modernos de “madre” y de “niño/a”¹⁴, asociado a la revolución industrial, cuando fue necesaria la separación casa-producción mercantil.

¹³ “El tipo de relación de cuidados que las mujeres establecieron con los varones, niños/as, parientes, clientes está construida sobre bases tanto materiales como simbólicas” (Graham, 1983, p.23) colocar al mismo como propio del ámbito doméstico, (Finch y Groves, 1983, Graham, 1983) y a las mujeres como su figura central ha reducido para ellas el espacio de intimidad y recogimiento a un espacio de “desaparición del yo” (Murillo, 1996). Paradójicamente, si el hogar es el espacio de la intimidad, las mujeres no tienen tiempo usualmente para acceder a esta forma de experiencias por la asunción del trabajo doméstico y de cuidados (Murillo, 1996).

¹⁴ En las economías preindustriales, en la organización del trabajo a la interna de las familias, los varones y mujeres de distintas edades realizaban todo tipo de tareas como las de limpieza, confección de tejidos, producción y cuidado infantil y de personas en situación de dependencia. De hecho, los niños/as eran incluidos tempranamente en la unidad de producción familiar, siendo la noción de “niño/a” una esencialmente moderna (Boydston, 1990, Cowan, 1983, Shorter, 1975 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011). A su vez, lo que hoy son consideradas tareas “genuinamente domésticas como el lavado de ropa, limpieza de la casa, preparación de alimentos y el cuidado de los menores eran una parte ínfima de todas ellas y ni siquiera algo cotidiano” (Ehrenreich y English, 1975 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011, p. 17).

La idea de madre y maternidad se ha transformado en la historia generando símbolos orientados hacia las mujeres con una funcionalidad asociada al sostenimiento de la especie y fue instalada de una manera supervisada por una nueva moral de la maternidad orientada por los médicos y los profesionales de las áreas asociadas a su ejercicio (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). En base a la misma también se apuntala la responsabilidad de cuidar no sólo de las niñas y niños, sino también de todas las personas que necesiten cuidados. En este sentido, la ausencia de los Estados cuidando explican en parte la presencia del familismo y de los cuidados no remunerados cargados sobre las mujeres, ya que no existen alternativas para el cuidado durante las vejez, particularmente de aquellas personas sin redes familiares o sociales, que envejecen solas.

El cuidado entonces “no es un mero sentimiento, ni una disposición, ni simplemente una serie de acciones” sino que se trata de un diverso “conjunto de prácticas que se extienden desde sentimientos muy íntimos como el “pensamiento materno” (Ruddick 1989 y 1995 en Tronto, 2020, p.10) hasta acciones sumamente vastas como la concepción de sistemas públicos” (Noddings, 2005 en Tronto, 2020, p. 29). En el primer caso, el pensamiento materno de Ruddick (1989 en Tronto, 2020, p.10) expresa el ejercicio analítico de detección de una forma de subjetividad con la que conviven las mujeres, orientada hacia el cuidado, independientemente del hecho de ser madre biológica. Este tipo de análisis de las representaciones sociales de género y cuidados y de formatos de subjetivación permiten comprender por qué las mujeres cuidan y cómo la cultura se vincula con la expresión de las emociones, que varían entre grupos sociales cuando se trata del cuidado (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, 2013b y 2014). En el segundo caso, se establece que se puede entender a los cuidados como un conjunto de prácticas que unen lo privado con lo público, en tanto se pueden expresar en el desarrollo de sistemas de cuidados, de manera tal de transformar las condiciones desiguales en las que se ejerce dicho trabajo y las condiciones en las que se recibe.

Una dificultad frecuente que enfrenta el tema para permear en el ámbito público es su naturalización. Cercano a la reproducción y las tareas de supervivencia, aunque muy transformadas por los procesos tecnológicos, los cuidados quedan asociados a la naturaleza, a lo que sucede sin la acción humana, siendo poco reconocido por la población, que cuando se cuida se está realizando un trabajo, en donde hay una producción de valor. Confundir a los cuidados sólo con una idea de costo es en parte negar su carácter de trabajo, al obviar la producción del valor.

De esta manera, los cuidados como punto de vista epistemológico, además de tener en cuenta una mirada ontológicamente relacional y partir de considerar que el mismo es perentorio, también implican considerar que el amor no es una condición para el cuidado, así como la realización por parte de las mujeres tampoco lo es. Esto implica profundizar en las preguntas acerca de qué saberes necesitamos para cuidar, cuáles son los entornos más propicios para hacerlo y cómo se podría promover mejor un buen cuidado para las distintas necesidades. En

este marco es necesario considerar al género en los cuidados, ya que en nuestra cultura los sentidos comunes sobre el cuidado están feminizados, siendo central cuestionar su “naturalidad”, y, por tanto, cuestionar por qué y cómo los varones se involucran muy poco en cuidar.

Materialmente: una forma de producción

A lo largo del último siglo se ha enfatizado fuertemente en la condición de trabajo inherente a los cuidados, lo cual implicó realizar algunas aclaraciones conceptuales: el trabajo es “cualquier actividad física o mental que transforma materiales en una forma más útil, provee y distribuye bienes y servicios a los demás y extiende el conocimiento y el saber humanos” (Lamo de Espinosa y Torres en Aguirre, 2009, p. 77). Esta definición fue instituida en la década de los noventa en la Organización Internacional del Trabajo, exhortando a los países a incluir en sus mediciones oficiales (al menos de manera intermitente) encuestas de Uso del Tiempo que permitieran dar cuenta de la magnitud y el valor del trabajo doméstico y de cuidados, así como su integración en los Sistemas de Cuentas Nacionales (Batthyány, 2015; Aguirre, 2009; Domínguez Amorós, 2020; OIT, 2018; Gómez Luna, 2010). Así, mientras que trabajar es un género conceptual, el empleo (formal e informal) representa una especie y el trabajo “no remunerado” representa otra¹⁵. El trabajo doméstico implica la realización de tareas como la preparación alimentos, higiene, reparaciones en la vivienda, gestión con centros de salud, educativos, pagos de servicios y realización de compra de insumos entre otros. El trabajo de cuidados implica, a su vez, tareas como asear, alimentar, estimular el desarrollo, acompañar procesos de aprendizaje, administrar medicinas, participar en la movilidad de las personas, escuchar, entre otras actividades como recordar citas de médicos y gestionar mentalmente la vida de otros (Aguirre, 2009; Batthyány, 2015; Daminger, 2019). La producción para el consumo propio (cosechas domésticas, cría de animales, etc.) también es parte del trabajo no remunerado, como el trabajo voluntario y comunitario a través de la participación en organizaciones sociales, y trabajo de cuidados y doméstico para otros hogares (OIT, 2018; Gómez Luna, 2010; CEPAL, 2016; Aguirre, 2009). La negación del reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados se vincula profundamente con los sujetos políticos reconocidos por el Estado, el derecho y la sociedad como empleados y empleadores, conduciéndose y canalizándose a través de las luchas sindicales y la regularización de las relaciones laborales una exclusión de las mujeres y una afectación directa en cuanto a sus derechos como ciudadanas (Durán, 2009): “Es por esta razón por la que un modelo implícito de ciudadano en las modernas constituciones es un individuo autónomo, independiente y libre. No existe una construcción semejante acerca de la población que realiza actividades en el ámbito privado en cuanto a definir sus derechos y obligaciones y a

¹⁵ “Frecuentemente se realiza un uso indistinto de las nociones de trabajo y empleo lo cual trae aparejados usos equívocos, pues si se habla de no tener trabajo en realidad se está expresando no tener empleo. Cuando se considera en los Censos y encuestas a una ama de casa como inactiva se debe a que su trabajo no tiene reconocimiento social como empleo” (Aguirre, 2009, p. 26).

determinar su contribución al bienestar de las personas y las sociedades” (Durán, 2000 en Aguirre, 2009, p. 26).

De manera similar al llamamiento de Bock y Duden (1981) a interpretar al maternalismo como una fuente de justificación de un giro en el trabajo que perjudicó la autonomía física, económica, psicológica y política de las mujeres, se ha señalado que

el proceso de conjunción entre el capitalismo y el patriarcado se ha hecho posible porque el proceso de industrialización y urbanización supuso que buena parte del trabajo femenino- el destinado a la reproducción y mantenimiento de las personas del núcleo hogar-familia- quedase apartado del único espacio, la fábrica, donde el trabajo de producción de mercancías fue reconocido como tal. Un espacio y un trabajo donde la presencia masculina era y es mayoritaria; donde míticamente se contó que las mujeres no estaban, y donde se fijaron las bases materiales y simbólicas de la sociedad contemporánea (Torns, 2008, p. 57).

Esta división de esferas doméstica y pública situó a las mujeres como sujetas centrales de la primera y a los varones como los sujetos protagónicos en la segunda. Esta división sexual del trabajo se acompañó por una romantización de la maternidad y una exaltación de las mujeres como las mejores cuidadoras (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Hays, 1998; Badinter, 2011; Hochschild y Machung, 2012). En las discusiones entre feminismo y marxismo de Federici (2018) la autora planteó:

Lo que Marx no vio, es que en el proceso de acumulación originaria no sólo se separa al campesinado de la tierra, sino que también tiene lugar la separación entre el proceso de producción (producción para el mercado, producción de mercancías) y el proceso de reproducción (producción de la fuerza de trabajo); estos dos procesos empiezan a separarse físicamente y, además, a ser desarrollados por distintos sujetos. El primero es mayormente masculino, el segundo femenino; el primero asalariado, el segundo no asalariado. Con esta división de salario / no salario, toda una parte de la explotación capitalista empieza a desaparecer. Este análisis fue muy importante para comprender los mecanismos y los procesos históricos que llevaron a la desvalorización y la invisibilización del trabajo doméstico y a su naturalización como el trabajo de las mujeres (Federici, 2018, p. 19).

En la fijación de estas bases materiales y simbólicas de las sociedades contemporáneas, la división sexual del trabajo emergió como categoría de análisis de las relaciones materiales ya que “las categorías de sexo aparecen y desaparecen según el modo como sean conceptualizados trabajo y producción” (Hirata, Kergoat y Zylberberg-Hocquart, 1997, p. 41) y que “un enfoque desde la división sexual del trabajo introduce en el corazón del análisis de toda relación social, la comparación varones/mujeres. La consideración de la división internacional del trabajo,

asociando una comparación Norte-Sur a una comparación de género, pueden arrojar nueva luz ya sea que confirme o que rechace las conclusiones a las que se hubiera podido llegar a partir de un análisis hecho exclusivamente en términos de división sexual del trabajo” (Hirata, Kergoat y Zylberberg-Hocquart, 1997, pp. 128). Es decir, que la división sexual del trabajo se modifica según ejes de desigualdad social, como la clase, la ascendencia étnico-racial, entre otras (Viveros, 2016). “La interseccionalidad se ha convertido en la expresión utilizada para designar la perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros, 2016, p. 2). Según la autora, en América Latina, el concepto de interseccionalidad no se plantea con fuerza en el ámbito académico sino hasta 2008:

Los análisis interseccionales ponen de manifiesto dos asuntos: en primer lugar, la multiplicidad de experiencias de sexismo vividas por distintas mujeres, y, en segundo lugar, la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud. Al develar estos dos aspectos, este tipo de análisis ofrece nuevas perspectivas que se desaprovechan cuando se limita su uso a un enfoque jurídico y formalista de la dominación cruzada, y a las relaciones sociales –género, raza, clase– como sectores de intervención social (Viveros, 2016: 8)¹⁶.

En el análisis de los mercados laborales recientes, Kergoat (2003) identificó que las desigualdades de género se dan en “tensión, oposición o antagonismo en torno a un reto: el reto del trabajo” (Kergoat, 2003, p.845) y que la actual división sexual del trabajo perpetúa las desigualdades de género, ya que actúan dos principios en la conformación moderna del mismo: el principio de separación (hay trabajos “de hombres” y “de mujeres”) y el principio de jerarquía (un trabajo “de hombre” vale más que un trabajo “de mujer”). Esto último está en la base de la desvalorización del trabajo de cuidados y las resistencias permanentes al reconocimiento de su carácter productivo, por ende, de su invisibilización. La carga y tipo de trabajo de cuidados, doméstico y voluntario se expresa de manera distinta según los cambios en la economía toda, lo cual implica la creación de nuevas y múltiples “domesticidades” en distintos ámbitos más allá del hogar privado o particular (Carrasco Bordarías y Torns, 2011). Como se mencionó se ha “domesticado” el trabajo, lo cual implicó que las mujeres trasladasen su papel de cuidadoras a

¹⁶ Desde diversos feminismos, particularmente en la década del setenta en los países de Europa y Norteamérica, hubo duras críticas a la utilización del concepto de género como dicotómico, y, además, como hegemónico, sin incluir a la diversidad de identidades de género, ni a las problemáticas de las mujeres afro, estando capturado por lógicas patriarcales (Audre Lorde, 1979). Bell Hooks (1981) manifestó la exclusión de la diversidad de problemáticas y experiencias de las mujeres según sus distintos posicionamientos sociales, lo que implica considerar la acción conjunta de diferentes posicionamientos sociales en ejes de desigualdad: raza, clase, género (Crenshaw, 1991 y Viveros, 2016). Hill Collins (2000) y Hancock (2007) avanzaron en proponer a la interseccionalidad como un paradigma de investigación (Viveros, 2016, p. 6). Vinculando las categorías mujer-afro y mujer y discapacidad, Nishida en Kelly et al. (2021) describe la atención domiciliaria como un *punto de encuentro de marginación*, donde los trabajadores a menudo racializados apoyan a las personas mayores y personas en situación de discapacidad, debilitándose ambas partes en el proceso.

todos los ámbitos de participación, portando la domesticidad en la subjetividad (Murillo, 1996; Martín Palomo, 2008). Por tanto, no es extraño que las mujeres se hayan insertado en las ramas de actividad económica más vinculadas con los cuidados (enseñanza, salud, mantenimiento de los hogares y limpieza). Como tampoco lo es su menor remuneración. Ni el hecho de que, ante las crisis provenientes de la creciente demanda de cuidados que genera la necesidad de incorporarse al mercado laboral por parte de las mujeres, el mercado haya aumentado la oferta de servicios domésticos, empresas de limpieza, empresas de cuidados, desarrollo de centros de larga estadía, servicios de acompañantes, basados en trabajo precario de las mujeres. Esto forma parte de un proceso silencioso de reconfiguración de las tareas entre este último, las familias, el Estado y la comunidad (Tilly y Scott, 1978; Shorter, 1975, en Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Mostrar que el trabajo doméstico y de cuidados era efectivamente un trabajo conllevó, según Himmelweit (2011), compararlo con el modelo más extendido de trabajo moderno como fue el taylorista-fordista. Así, se mostró que el trabajo de cuidados y doméstico genera costos de oportunidad, que los sujetos de producción son reemplazables (nadie es imprescindible) y que presentan una forma específica de organización que es la división sexual del trabajo, en donde las mujeres realizan trabajo de cuidados y doméstico mientras que a los varones se les asigna el ámbito mercantil que goza de mayor prestigio (Himmelweit, 2011, pp. 199-224).

El tiempo ha sido un concepto central, ya que el costo de oportunidad es evidenciable a partir de la consideración de la cantidad de horas que las personas dedican a cuidar o realizar tareas domésticas, siendo que el tiempo objetivo es esencialmente finito¹⁷. Las mujeres son empíricamente las principales pobres de tiempo cuando se considera la suma del trabajo remunerado y del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado¹⁸. La pobreza de tiempo refiere a la imposibilidad de contar con este recurso para realizar otras actividades más allá del trabajo, afectando las capacidades individuales y los funcionamientos presentes y futuros: “limita su habilidad para descansar, para disfrutar del tiempo de ocio y de recreo, e incluso para invertir tiempo en expandir sus capacidades y oportunidades con otras habilidades como la educación formal. Además, experimentar la pobreza de tiempo puede contribuir a desgastar el capital humano, debilitar la salud y socavar el bienestar” (Blackden y Wodon, 2006; Siaens, Subbarao y Wodon, 2006; Sen, 1999 en Gammage, 2009, p.7). La misma se vincula profundamente con la expandida noción de “doble presencia” (Balbo, 1978) que señaló que las mujeres sumaron al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado las exigencias de la participación en el mercado

¹⁷ Al ser un recurso escaso, “el tiempo es un insumo necesario para realizar cualquier actividad que deseemos lo que lo convierte en un bien universal” (Goodin, Rice, Parpo y Erikson, 2008 en Merino, 2010, p. 9). Bardasi y Wodon (2006) han planteado que “se puede decir que una persona que carece del tiempo adecuado para dormir, descansar y para actividades relacionadas con el ocio, vive y trabaja en un estado de ‘pobreza de tiempo’” (Gammage 2009, p. 7).

¹⁸ La pobreza de tiempo es definida como “una carga considerable de tareas o demandas y que reducen la capacidad para tomar decisiones sobre cómo asignar su tiempo” (Merino, 2010, p. 10).

laboral, lo que supuso un aumento de su carga global de trabajo, mientras que los varones permanecieron en el ámbito laboral sin redistribuir sus cargas de trabajo no remunerado con las mujeres. La pobreza de tiempo alude a “una carga considerable de tareas o demandas y que reduce su capacidad para tomar decisiones sobre cómo asignar su tiempo” (Merino, 2010, p. 10), lo cual compromete la libertad y autonomía¹⁹. La constatación del tiempo de cuidados permitió identificar que no sólo existen brechas de género en el trabajo no remunerado, sino que también existen fuertes brechas en las cargas de cuidados de las mujeres según sus niveles educativos y socioeconómicos a nivel global, como informa el último *Global Gender Gap Report* (WEF, 2022). Esto, a nivel regional, se acompaña de la constatación de que en los sectores de menores recursos económicos las cargas de cuidados, la presencia de niñas/os y la de personas en situación de dependencia es mayor que en los sectores socioeconómicos medios y altos, siendo la división sexual del trabajo el corazón de la desigualdad en el continente más desigual (CEPAL, 2022, 2021). Las cargas de trabajo de cuidados están inequitativamente distribuidas, así como las posiciones de las mujeres en relación con el mercado laboral y a la interna del mismo. En este sentido, la mirada sobre la división sexual del trabajo requiere complementarse con otros ejes de desigualdad, para poder evidenciar, por ejemplo, que mientras que en todos los sectores sociales las mujeres cuidan más y dedican más tiempo al trabajo doméstico en relación con los varones, también existen diferencias muy grandes en las cargas de cuidados entre las mujeres según los niveles socioeconómicos (Batthyány, 2020; Filgueira y Martínez, 2019; Alonso, Marzonetto, Rodríguez Enríquez, 2021; Faur y Pereyra, 2018; entre otras)

Las constataciones empíricas sobre la carga de trabajo remunerado y no remunerado se basan en la idea objetiva del tiempo y permiten su cuantificación. No obstante, las dudas sobre la medición de un tiempo objetivo también han estado presentes, principalmente ante la peligrosidad que la “mercantilización” del abordaje del problema representaría en términos de su comunicación. Estos temores implicarían introducir al capitalismo en la construcción del objeto de investigación: mediante la asignación de un precio de mercado al trabajo de cuidados o mediante la mercantilización de los vínculos humanos²⁰ (Tronto, 2013; Ungerson y Yeandle,

19 El modelo de feminidad como ama de casa full-time era posible solo para algunas mujeres, debido a que las de menores recursos tenían que trabajar, además de cuidar. En este sentido, la materialidad del cuidado y su distribución desigual entre mujeres implicó que la doble presencia fuese un motivo de disminución del bienestar de las mujeres (Balbo, 1978; Batthyány, Genta y Scavino, 2017; Ferrari y Scavino, 2015; Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Varela, Fostik y Pollero, 2008).

20 En palabras de Tronto: “Setting a market value on care is useful to show how extensive and central a part of human life it is. But thinking of care only in market terms also produces some serious distortions in how we think about caring responsibilities in society as a whole. Surely. Care services and the work necessary to meet caring needs can be organized through a market. But markets like other human institutions, serve purposes. The main purpose of the market in a capitalist economy is to produce profit, that is, wealth” (Tronto, 2013, p. 115). “Colocar un valor de Mercado al cuidado es útil para mostrar cuán extenso y central a la vida humana es. Pero pensar al cuidado sólo en términos de mercado también produce distorsiones en cómo pensamos las responsabilidades de cuidado de la sociedad como un todo. Los servicios de cuidados y los esfuerzos necesarios para satisfacer las demandas de los cuidados se pueden organizar en un mercado. Pero los mercados, como otras instituciones humanas, tiene objetivos. El

2005; Segato, 2015). Si bien su valorización en base a precios/hora en el mercado laboral reproduciría el valor que le imprime el juego de la oferta y la demanda (institución históricamente masculinizada, lo cual implicó excluir al trabajo de cuidado y a sus realizadoras del acceso a un salario (Federici, 2018)), medirlo permite tornar visible una parte del trabajo que, en el sentido común, no es reconocido como tal (Himmelweit, 2011; Folbre, 2021). De hecho, fue lo que condujo a una ruptura epistemológica en relación con el concepto de trabajo (Batthyány, 2001), que ubicó al de cuidados y doméstico no remunerado dentro de la frontera general de producción mercantil (Gómez-Luna, 2001). Los estudios de uso del tiempo cuantitativos, pero también cualitativos, muestran sistemáticamente que la carga de trabajo de las mujeres es mayor a la de los varones y que, cuando las mujeres se insertan en el mercado laboral, lo hacen en los sectores educativos, sanitarios y domésticos, que en general están peor remunerados que otras ramas de actividad y en donde se observan peores condiciones laborales (OIT, 2018; Espino, 2007; Domínguez Amorós, Batthyány y Scavino, 2021; Folbre, 2021; entre otras).

Además, las condiciones de producción del trabajo doméstico (local o globalizado) no sólo presentan diferencias de género importantes, sino que perpetúan las dinámicas económicas poscoloniales (Sassen, 2000; Segato, 2015; Viveros, 2016; entre otras). Las corrientes migratorias están siendo cada vez más protagonizadas por un creciente número de mujeres que se mueven desde países más empobrecidos hacia países más ricos para realizar el trabajo perentorio y de servicio que quienes las contratan no logran hacer por sí mismos, ya sea porque dedican su tiempo a la producción mercantil, a sus estudios, al ocio o a los autocuidados (Pérez Orozco y Domínguez, 2014). A la interna de los países se ha evidenciado que las trabajadoras migrantes del cuidado viven de zonas de la ciudad más precarizadas, teniendo que trasladarse hacia las zonas en donde se encuentran las personas con mayores ingresos (Falú, 2018; Falú y Colombo, 2022; Jacobs, 1967). María de los Ángeles Durán (2020), haciendo un paralelismo con la categoría proletariado, ha presentado el concepto de *cuidotoriado* para referirse a la consolidación de una nueva clase internacional de trabajadoras en condiciones de precarización. El cuidotoriado comparte rasgos con el proletariado (“subordinación, ausencia de protección social, altísimo riesgo de pobreza, invisibilidad y marginación”), pero tiene rasgos propios, como ser llevado a cabo por personas con las que se tiene una relación de parentesco o por mujeres racializadas o migrantes (Huete García, 2019, p. 270, Durán, 2018). El cuidotoriado tiene un particular desarrollo en América Latina, continente en el que se observa la mayor cantidad de consumo de trabajo doméstico (Filgueira y Martínez, 2019), tratándose de un colectivo ampliamente feminizado y en condiciones laborales precarias. Estas últimas son uno de los principales factores en explicar la “dependencia económica” de las mujeres en los hogares

principal objetivo del mercado en una economía capitalista es producir rentas, ganancias” (Traducción propia).

constituidos por parejas heterosexuales que trabajan remuneradamente²¹. Al menos desde la década del setenta se problematizaba en profundidad el concepto de “trabajo invisible” (Larguía, 1972 y Larguía y Dumoulin, 1976) como herramienta para mostrar la injusta jerarquización de unos empleos sobre otros, es decir, para develar la materialidad del trabajo doméstico y de cuidados. En esa misma década, parte del movimiento feminista italiano buscó la aprobación de una Ley de pago para el trabajo doméstico constituyendo una crítica desde los feminismos hacia la política de izquierda que no incluía a las mujeres como ciudadanas y abordando directamente el tema de la redistribución de recursos económicos (Federici, 2018; Follegati y Ferretti, 2020). En este sentido, el desarrollo del conocimiento por parte de las académicas feministas fue central para la visibilidad del trabajo, de su materialidad en términos del tiempo y los costos que supone su realización, que se ocultó bajo el manto de lo reproductivo, y que, como señaló Durán (1988) quedó encerrado “puertas adentro” en un modelo en el cual “lo privado” implicaba la presencia de situaciones de violencia de género y una gran desigualdad en la carga de trabajo entre varones y mujeres, en donde lo público o la comunidad no tendrían lugar a intervenir (Batthyány, 2001, 2015; Gúezmes, Scuro y Bidegain, 2022; ONU, 2020; entre otras).

Batthyány y Genta (2020) plantearon que en América Latina para la conceptualización sobre el trabajo doméstico y de cuidados, además de su enunciación como trabajo invisible, se habló de reproducción social y trabajo reproductivo. Un pasaje al concepto de trabajo doméstico que luego se diferenció claramente del cuidado, aunque en la práctica están fuertemente imbricados (Batthyány, 2020). Crecientemente, en distintos lugares de Occidente se comenzó a visibilizar la necesidad de conocer y cuantificar las cargas de cuidados, las formas que adquieren esos trabajos, qué vínculo tienen con las desigualdades sociales y qué sujetos concretos están implicados en su desarrollo.

La materialidad del trabajo implica el reconocimiento de los procesos de producción de bienes y servicios y el análisis del tipo de relación social que proponen. Los cuidados como un punto de vista epistemológico implican la generación de estrategias para objetivar su materialidad, a fin de conocer cómo varían, se distribuyen y se vinculan con otras actividades y fenómenos propios que moldean la vida social. La mirada sobre su materialidad involucra un análisis de los tiempos, costos, características, insumos que se disponen para su realización y es central para comprender las desigualdades de género, que son un “nodo central” de la misma (Batthyány, 2020).

Multidimensional, temporal y multi-situado

Los cuidados están presentes en múltiples dimensiones: las relaciones sociales, las

²¹ Ver el trabajo del grupo “Género y familias” para 18 países de América Latina, coordinado por Julieta Palma: <https://generoyfamilias.com/fondecyt-11200563/>

emociones, la materialidad, la espacialidad, la temporalidad, la cognitiva, entre otras. En este sentido, una mirada sobre la multidimensionalidad de los cuidados admite el reconocimiento de su presencia en distintos ámbitos: en el ámbito público (como espacio simbólico y concreto), en los lugares de trabajo, en la calle, en los medios de transporte, en las oficinas y en los hospitales, en las escuelas, en el hogar, entre otros. Como se mencionaba más arriba, si nos situáramos en el análisis de cómo son los cuidados entre personas, su observación podría conllevar la identificación en cada contexto de estudio de la identidad social que tienen las personas cuidadoras, la identidad social que tienen las personas cuidadas, la descripción de la relación interpersonal entre quién cuida y es cuidado, la naturaleza del cuidado, definida como *estado emocional* o como *estado de actividad*, el *dominio social* en el que está ubicada la relación de cuidados. También podemos reparar en las características económicas de la relación de cuidados y el marco institucional en el que se prestan ya sea familiar o institucional: hogar, hospital, residencial de día, de larga estadía o clínica comunitaria, entre otras formas (Thomas, 1993)²². Hasta ahora, el cuidado en el ámbito doméstico como entorno laboral ha sido cuestionado por las evidencias de mayor exposición a la violencia de género en los vínculos de cuidados, y también a la violencia generacional (por ejemplo, la violencia patrimonial o económica hacia las personas mayores) (Srilin, 2008; Kitwood, 2003). Además, el trabajo domiciliario se vincula con peores condiciones de participación en el mercado de empleo y menor acceso a derechos laborales como licencias por cuidados (Querejeta, 2021; Perrotta, 2020), que no necesariamente implican redistribución entre las mujeres o de ellas con los varones. En cambio, la organización en servicios formales ha reportado mejores condiciones laborales, cuando los mismos se dan en centros de cuidados o cuando son en domicilio, pero organizados como servicio con mecanismos de protección laboral y rotación, en relación con el trabajo ofrecido de manera individual, una de las formas más frecuentes en Latinoamérica (Meagher, Szebehely y Mears, 2016; OIT, 2018; Filgueira y Martínez, 2019; Aguirre, 2013).

Vinculada a la multidimensionalidad se encuentra la temporalidad, que es una dimensión central que atraviesa a todas las dimensiones en donde se den relaciones de cuidados. La temporalidad en los cuidados alude a los vínculos entre las personas, lo cual impacta en los entornos deseados para el cuidado, en las nociones de confianza y en la mirada sobre formas colectivas de cuidados. En este sentido, algunas políticas de cuidados concatenan acciones o predisponen una serie de servicios distintos y articulados por la participación de cuidadores comunitarios (que pueden ser trabajadoras sociales, psicogerontólogas o psicomotricistas, entre otras) y que se ajustan con las personas y sus entornos, así como el avance en la dependencia va modificando las necesidades de cuidados y particularmente los conocimientos técnicos y

²² Thomas (1993) fue una de las pioneras en señalar que el cuidado es multidimensional, y propuso siete dimensiones para su abordaje, intentando saldar las disputas entre definiciones centradas en la acción de cuidar por parte de las cuidadoras y otras centradas en la feminización de las emociones requeridas para cuidar (Paker 1981; Graham, 1983; Ungerson, 1990; Thomas, 1993, pp. 656- 657).

profesionales para su satisfacción. Los servicios pueden articularse debidamente con las necesidades y los entornos de las personas sin conservar proximidad y ni un vínculo de cercanía (Tramujas, 2019). No obstante, en sociedades más familistas (donde el cuidado es feminizado y, en el marco de las familias, no remunerado) y con una participación del Estado focalizada o nula en el desarrollo de servicios de cuidados, la desconfianza y la inseguridad que generan los centros de cuidados en la población probablemente implicarían una dificultad en el desarrollo de las políticas públicas (Grin Debert, 2016). Algunas acciones relativas al bienestar de las personas que requieren cuidados, se han modificado en prácticas sociales de manera positiva impactando en las representaciones del cuidado y detectándose la posibilidad de cambio de los imaginarios respecto a los servicios (Tepe y Vanhuysse, 2010 en Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2021, p. 1054). Las representaciones sobre los espacios de cuidados son capaces de transformarse, no obstante, requieren de su conocimiento y especificación a fin de transmitir nuevos mensajes en distintos espacios, contextos y territorios.

El ideal de “en casa y con la familia” (Moreno et al, 2016) ha sido detectado como el reinante tanto para el cuidado de niñas y niños como para el de las personas mayores. En el caso de las personas mayores “en casa” y con la familia es el modelo cultural mayoritario, pero se transforma con el tiempo en donde se encuentra en algunas sociedades la apertura hacia la incorporación de trabajo de cuidados en domicilio, mientras que en otras el uso de centros públicos está bien conceptualizado (Da Riot, 2010, Saraceno, 2016, entre otras)²³. La prevalencia del espacio privado es central en la cultura tradicional de los cuidados, del familismo clásico de en casa y al cuidado de las mujeres, ya que esta es su trabajo central. Este es un ideal propio de los modelos culturales tradicionales del cuidado, acompañado con una materialidad distribuida de forma muy desigual entre familias y Estado, mercado y comunidad, entre varones y mujeres y entre personas de distintos posicionamientos socioeconómicos (Hochschild, 1995 y Pfau Effinger, 2005). A su vez, presenta rasgos del modelo cultural posmoderno, a la hora de aceptar las condiciones de precarización de la vida, y la individualización del acceso al bienestar, sin considerar riesgos asociados a la precarización del trabajo de cuidados y la desregulación del trabajo en el espacio privado del hogar (Hochschild, 1995).

Para el abordaje multidimensional y temporal del cuidado, cada vez que el mismo vaya a

²³ Este formato es muy propio del modelo mediterráneo, que se basa en una fuerte familiarización del cuidado, pero que desde los noventa, en algunos países de Europa, los Estados de bienestar tomaron el camino del desarrollo de servicios del Estado, pero de manera fundamentalmente tercerizada y delegada al mercado, o escaso o nulo desarrollo de servicios por parte del Estado. Estos diferentes caminos de resolución del bienestar ante las nuevas tensiones producto de las crisis de los cuidados propias de la segunda transición demográfica que tiene como saldo sociedades envejecidas, algo que ya le sucede a Costa Rica, Uruguay y Chile, coinciden con sociedades menos equitativas (en relación con las brechas de género en el uso del tiempo y en la participación de las mujeres en distintos ámbitos de la vida pública) o más equitativas (cuando los servicios de cuidados están garantizados y desarrollados desde el Estado). El desarrollo del cuidado como un sector central del bienestar implica la inversión en la formación de perfiles de cuidadoras, de especializaciones, de formas de trabajo, modelos de cuidados, de evidencia empírica y elaboración de conocimiento sobre los cuidados, y de la generación directa y redistributiva de los servicios.

ser estudiado, Tronto (1993 y 2013) propuso cinco fases que conlleva el cuidado: implican preocupación (*caring about*), para lo cual es requerida la atención (*atentiveness*) como cualidad moral requerida para poder identificar la presencia de necesidades de cuidados; una vez reconocida la presencia de una necesidad, una segunda fase alude al hacerse cargo (*caring for*), lo que implica a la responsabilidad y responsabilizarse como cualidad moral. En esta segunda fase, se pone de manifiesto que en el proceso de cuidar no sólo basta con identificar la presencia de las necesidades, sino hacer algo frente a ello. Una tercera fase es el cuidado que se brinda de manera directa una vez que se identificó la necesidad y alguien se responsabilizó por ello, la fase de dar cuidados de manera directa (*care giving*) alude a la respuesta concreta a las necesidades de las personas que requieren cuidados y tiene como cualidad moral la “competencia para el cuidado”, lo cual suele acompañarse de la capacidad de ser empáticos y de dialogar con las personas que presentan necesidades como cualidades morales mencionadas por la autora. Una cuarta fase alude a la recepción del cuidado (*care receiving*), en donde es necesario conocer si el tipo de cuidados brindado ha sido exitoso, atendiendo a si se ha ofrecido una respuesta tanto a las necesidades de las personas que lo reciben. Para ello es preciso reconocer cómo ha sido el resultado del proceso de cuidar y evaluarlo, conociendo en qué medida las personas respondieron a este cuidado y qué es lo que se podría hacer a continuación, lo cual en una democracia debería ser un aspecto central a la hora de evaluar la calidad de la ciudadanía que se está viviendo por parte del total de la población. Finalmente, una quinta fase, agregada en 2013, alude al proceso colectivo y político de cuidar (*caring with*). El cuidar con el otro alude al sentido más amplio como prácticas que se dan para distribuir las responsabilidades a nivel social y alude a pensar al cuidado como parte de un proceso político. *Cuidar con* es una fase en donde Tronto (2018) imagina toda la política de los ciudadanos implicados en una vida de compromiso y que se benefician de estas prácticas. Los ciudadanos pueden confiar en que, con el tiempo, podrán retribuir de manera que corresponda el cuidado que recibieron de sus conciudadanos. En este patrón de atención continua, podemos esperar profundizar en la confianza mutua y en nuestras instituciones sociales y políticas, y sentir solidaridad con otros ciudadanos, viéndolos como iguales al dar y recibir cuidados (Tronto, 2018, p. 25). Esta idea de aprendizaje en la memoria colectiva puede vincularse a los debates sobre la participación democrática y la gestión pública, así como a las sub-representadas voces sociales (Pateman, 1970; Maggio, 2007).

Los cuidados como punto de vista epistemológico admiten su multidimensionalidad, que requiere de la consideración de una espacialidad, territorialidad y temporalidad en los mismos. Respecto a los espacios, es preciso considerar si son abiertos o cerrados, públicos o privados, si están diseñados acorde a las necesidades de cuidados, cómo son sus conexiones, su accesibilidad, la disposición del mobiliario, la señalética, las formas de organización del trabajo propuestas, entre otras. Respecto a la temporalidad, es preciso reconocer los procesos, anticiparlos, promover la salud y el bienestar social en un entramado de acciones, en donde las personas cuidadas en sus estados autoválidos deben de poder ser parte central de la planificación de dichos

cuidados. Para ello, modelos de cercanía que articulen los distintos servicios en una trayectoria de cuidados acompañada por la política podrían considerarse proyectos que tienen en cuenta la temporalidad como una dimensión de los cuidados. Así se integran a las otras dimensiones: a su condición de relacional, de “desfeminizado” en el sentido de que es posible que sea realizado por varones, mujeres y otras identidades de género, a su condición de trabajo y su producción de valor, a su dimensión cultural, normativa, y otras, que se siguen abordando a continuación.

Cultural y normativamente: un derecho

Finalmente, el punto de vista epistemológico de los cuidados admite una consideración sobre su estatus como un derecho humano. El mismo se asienta en la condición de su existencia para la garantía del derecho a la vida y es un producto cultural normativo en el marco de las sociedades democráticas, en donde la justicia social es un principio rector (Fraser, 2000, 2015). En el proceso de introducir en el debate sobre los derechos humanos la necesidad de reconocer explícitamente al cuidado, Pautassi (2007, 2023) señaló tres dimensiones que deben ser garantizadas: el derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho al cuidado personal (autocuidado).

Las implicancias de reconocer al cuidado como un derecho implican la dotación de las propiedades de derechos humanos como: “(i) universalidad, (ii) la obligación de garantizar el acceso a los derechos básicos, (iii) la obligación de los estados de tomar acciones y medidas que reconozcan progresividad en las mismas y una consecuente prohibición de medidas regresivas, (iv) deber garantizar la participación ciudadana, (v) principio de igualdad y no discriminación, (vi) acceso a la justicia, (vii) acceso a la información pública, (viii) participación social y empoderamiento de los sujetos de derechos” (Pautassi, 2023, pp. 7-8).

Pautassi (2023) definió en base a múltiples trabajos el derecho al cuidado como “cada persona tiene el derecho a cuidar, ser cuidada y autocuidarse. Los Estados están obligados a proteger, garantizar y proveer de los insumos necesarios y las condiciones simbólicas necesarias para ejercitar el derecho según los estándares de los derechos humanos y llevarlas delante de manera progresivas e interdependientes con el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales” (Rico y Marco, 2013; Pautassi, 2007; Razavi, 2007; Rico y Pautassi (en prensa); Rodríguez Enríquez, 2012; Tronto, 2020; ECLAC, 2022b en Pautassi, 2023, p. 6).

La XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, realizada conjuntamente por Naciones Unidas y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, tuvo como eje de reflexión central el avance hacia las “sociedades del cuidado”. Definen que una sociedad cuidadora es aquella que:

priorice la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta y garantice los derechos de las personas que requieren cuidados, así como los derechos de las personas

que proveen dichos cuidados; que considere el autocuidado, contrarreste la precarización de los empleos relacionados con el sector de los cuidados y visibilice los efectos multiplicadores de la economía del cuidado en términos del bienestar y como un sector dinamizador para una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (CEPAL, 2021, p. 3).

El proceso de planteamiento de los cuidados como un derecho y su debate en el marco de los derechos humanos fue oriundamente *latinoamericano*. Según Pautassi (2007), el cuidado es un “derecho universal que no puede ni debe recibir otro tratamiento. No se puede concebir como un derecho particular en tanto estaría en franca contradicción con los postulados del Sistema Internacional de Derechos Humanos, que lo incluye en todas sus esferas, aunque no lo nomine específicamente” (p. 40). Dentro del proceso latinoamericano, Uruguay fue el primer país en contar con una Ley N°19353 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2015), que reconoce el derecho al cuidado: a elegir darlo y a siempre tener garantizada su recepción, de calidad, gratuita y universal²⁴. En el mismo texto de la Ley se reconoce como una de las metas la modificación de la división sexual del trabajo como parte esencial en el camino de garantizar dicho derecho, de manera tal que el principio de libertad y autonomía de los sujetos pueda sostenerse en la práctica, y que tanto la población encargada de brindar cuidados como las personas que los requieren puedan gozar de una ciudadanía real similar a las de aquellas personas que no están involucradas en relaciones de cuidados de manera permanente.

Pautassi (2007) enfatizó en que reconocer al cuidado como un derecho es necesario, pero no suficiente para modificar las desigualdades y la inequidad de género y socioeconómica existente en torno al mismo. Además de los importantes avances en materia jurídica y del lugar que se abren los cuidados en la agenda pública internacional, las evidencias en distintos países muestran la permanencia de fuertes cargas de trabajo de cuidados en las mujeres, lo cual afecta el pleno goce de sus derechos ciudadanos (Fraser, 2015; Federici, 2018; De Miguel, 2015). Como se señaló respecto a los derechos de las personas mayores en la sociedad: “el mero reconocimiento de la igualdad de derechos [...] no ha supuesto ningún cambio en su situación de desventaja social, llegando el momento de reconocerles derechos de grupo” (Young en Huenchuán, 2004, p. 10).

Las demandas por las reales garantías de los derechos civiles, políticos y sociales surgen

²⁴ La Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de cuidados formó parte de una “nueva agenda de derechos” que se votó con mayorías parlamentarias de izquierda, y el sistema de cuidados fue buque insignia del tercer período (y último hasta la fecha) de gobierno de izquierda en el país. Dentro de otras series que pueden mencionarse como parte de la “nueva agenda de derechos” se encuentran: Ley N°18620 derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identidad (2009), Ley N°19075 Matrimonio igualitario (2013), en donde se reconoce el matrimonio de personas de igual sexo biológico. También se avanzó sobre Ley N°19684 Ley Integral para Personas Trans (2018), Ley N°19580 de Violencia Basada en Género y Generaciones (2019), la Ley N°18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012), pionera en la región y la Ley N°19167 Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida (2013), Ley N°18426 de Salud Sexual y Reproductiva (2008), entre otras.

ante crisis humanitarias en occidente (Marshall, 1997), resistidas por los movimientos sociales y la aparición de nuevas demandas de políticas de redistribución, reconocimiento y representación de diversos colectivos, como las personas mayores, homosexuales, lesbianas, migrantes, personas con discapacidad, los jóvenes, los niños/as, las mujeres y las personas en situación de pobreza (Yurén, 2013; Medina, 2013; Piccato, 2012; García, 2012; Fernández, 2012; Torres, 2007; Pacheco, 2006; y Sánchez, 2004 en Enríquez y Martínez, 2016). El avance del reconocimiento del cuidado como un derecho implica la movilización del tema en la esfera cultural y jurídica, pero continúa presentando fuertes desigualdades en su acceso y provisión. Esto es analizado entre el reconocimiento del derecho (Pautassi, 2007 y 2016) y la real estructura económica de la “sostenibilidad de la vida” (Rodríguez y Marzonetto, 2015). De esta manera, siguiendo a Pautassi (2007, 2016, 2023), un aspecto que es necesario tener en cuenta es que en la cultura occidental se presenta también como un derecho, como un acuerdo colectivo que establece que el Estado tiene como cometido garantizar el derecho al cuidado (ser cuidado, cuidar y autocuidarse) conforme los principios requeridos para cualquier derecho humano. Si bien la dimensión normativa se imprime sobre la temática, la misma es central para un posicionamiento situado y acumulativo respecto al papel de lo público, las leyes y su implementación, en los cuidados y, por tanto, parte del punto de vista epistemológico sobre los cuidados.

El foco desde los cuidados

Como se buscó evidenciar, la teoría en torno al trabajo de cuidado ha expresado que el mismo puede referirse al vínculo entre personas, al de las personas con la naturaleza, al de las personas con la tecnología, pero que, en todos los casos, la base conceptual es que se trata de una actividad centralmente llevada adelante por las personas. En este sentido, si bien los abordajes hacen foco en distintas dimensiones de las problemáticas del cuidado, en la teoría se ha debatido y planteado que el cuidado es ontológicamente relacional, lo que admite una mirada de las relaciones sociales y las implicancias de poder en las mismas. También que el mismo es pragmáticamente perentorio, es decir que es el “gran trabajo”, el básico, la capacidad de cuidar de las personas para que logren grados de autonomía en la sociedad. En algunos casos, el cuidado puede ser relegado, principalmente cuando las personas ganan autonomía y cuidan de sí mismas. En otros casos, el cuidado está presente de manera parcial y en otros casos es necesario de manera permanente. Cuando las necesidades son perentorias las relaciones de cuidados expresan una situación de vulnerabilidad de la persona que recibe el cuidado ante quien cuida, contrariamente, las relaciones de servicio presentan una relación de poder entre las personas cuidadoras y cuidadas, en donde quien recibe los cuidados – o quienes administren la contratación de servicios- en relación con puede detentar poder a partir de su posicionamiento como contratante de un servicio. Cuando las familias se involucran y contratan servicios, los

tipos de tareas de cuidados que son realizadas son diferentes. Mientras las cuidadoras se dedican al trabajo “duro” de cuidados: bañar, asear, vestir, mover, alimentar, además del trabajo emocional implicado en el vínculo, las familias cuando no realizan el trabajo directo aportan trabajo de gestión de los servicios de cuidados, así como trabajo emocional y acompañamiento. El trabajo de cuidados y los elementos culturales son dos de las dimensiones centrales destacadas por la teoría y fundacionales de las nociones sobre las relaciones sociales, lo cual refiere a su carácter ontológicamente relacional, y son centrales a la hora de investigar sobre los cuidados. Estas distinciones conceptuales permiten enfocar la mirada en algunas poblaciones o en cómo se resuelven y de qué manera los distintos niveles de necesidades de las personas que requieren cuidados. A su vez, los cuidados como punto de vista epistemológico implican el conocimiento de no requieren de amor para existir y no son innatos en las mujeres, sino que las mismas han sido forzadas a cuidar, lo cual se expresa en estereotipos y representaciones de género en la cultura y también en las emociones sentidas por distintos “sujetos” sociales. Finalmente, el cuidado es un concepto multidimensional, multi-situado y para el cual la temporalidad es un aspecto central, no solo para identificar las desigualdades sociales en términos materiales a través del tiempo o del análisis de los trabajos de cuidados, sino en la consideración de cómo el tiempo impacta en la definición de las materialidades y elementos culturales actuales de los cuidados.

Cuidados y sociedad: bienestar, familismos, organización social y estrategias de cuidados

Los modelos teóricos de regímenes de bienestar, el posicionamiento del cuidado social como una categoría central del bienestar, los tipos de familismos y la distribución concreta de sectores en una sociedad y entre sociedades de los mismos, la organización social del cuidado, son conceptos centrales para comprender distintos posicionamientos analíticos en torno a los cuidados. En el caso de los modelos de bienestar social, es claro que el modelo proviene del ámbito europeo y puede ser útil o no para el análisis de distintas sociedades latinoamericanas. La idea de Estado de Bienestar y del papel del Estado en la provisión de bienes y servicios en una sociedad ha sido aplicada para el caso uruguayo, aunque el pasaje hacia el concepto “organización social del cuidado” permitió y permite identificar situaciones heterogéneas respecto al papel del Estado en los mismos. Para observar el concepto de organización social del cuidado, se propone el estudio de las estrategias (distribución material y conformación cultural de los cuidados en la vida cotidiana de las personas), observación permite la reflexión sobre el modelo de bienestar y de división sexual del trabajo, siendo parte central de la propuesta del presente trabajo. El planteo de la elaboración de modelos de Estados de Bienestar, ha sido complementado con miradas feministas que propusieron la idea de régimen de bienestar y también de organización social del cuidado (particularmente en las sociedades latinoamericanas) como forma de evidenciar que las maneras de cuidar se insertan en contextos reales donde el Estado puede tener

mayor o menor peso²⁵.

A continuación, se busca presentar algunos modelos de bienestar y el debate sobre el familismo y la desfamiliarización del trabajo no remunerado, en los que está implicada la observación de la división sexual del trabajo tanto a nivel micro como macro social. Seguidamente, se desarrollan brevemente algunos análisis feministas que han mostrado que, además de los modelos de mundos del bienestar y la díada familismo-desfamiliarización de los cuidados, en las sociedades se observan múltiples formatos de cuidados: regímenes de familismos diferentes que presentan modelos culturales del bienestar y los cuidados diferentes. Finalmente, se abordan los planteos desde el ámbito latinoamericano relativos al concepto de Organización Social del Cuidado, en relación con la forma de identificar heterogeneidades propias de cada cultura, también circuitos o gramáticas de cuidados y al concepto de estrategias de cuidados como indicadoras de dicha organización.

Cuidados y bienestar social

Actualmente, los sistemas redistributivos organizados a partir de la participación en el mercado laboral comenzaron a encontrar límites que se expresan en reformas de las jubilaciones y pensiones acaecidas en Europa y América Latina, así como el alargamiento de las trayectorias laborales y la edad mínima para acceder a un causal jubilatorio (Doufrechou, 2022; Behrendt, Nguyen y Rani, 2019). En países como Uruguay, la reforma no incluyó explícitamente al sector de trabajo doméstico y cuidados dentro de los empleos que por forzosos pueden gozar de un retiro anticipado (Aguirre y Scavino, 2022). Las mujeres, con trayectorias laborales más precarias en general y con su particular participación en estos sectores, disminuirán su acceso a la jubilación y al reconocimiento del carácter forzoso que tiene el trabajo doméstico y el cuidado, disminuyendo también su calidad de vida (CINVE, 2022; PNUD, 2014). Las brechas de género en el acceso a los ingresos en las vejez aumentarán y el costo de una inadecuada recaudación y redistribución por parte del Estado impacta sobre la calidad de vida de las personas, sobre su acceso al tiempo propio, al tiempo de ocio, al trabajo y a la salud, particularmente en el caso de las cuidadoras y trabajadoras domésticas, cuyos cuerpo y psique están implicadas, lo cual crea costos específicos, en este tipo de ocupaciones (Adkins y Lury, 2000; Blood, 2005; MacDowell, 2009; Kang, 2010, en Pineda Duque, 2014, p. 54 y Van Rompaey y Scavino, 2018). En este sentido, las tensiones del mercado laboral y los mecanismos tradicionales mediante los cuales el Estado ha tenido un papel de garante de derechos, como el acceso a un ingreso en la vejez, deben de ser revisados a la luz de las reconfiguraciones demográficas y de vínculo con el trabajo y la

²⁵ Desde hace años, en el marco del Grupo de Investigación de Sociología de Género, se ha analizado al caso uruguayo en relación con los debates del bienestar social más propios del ámbito europeo, ya que en dicho país, el desarrollo del Estado de manera temprana en la historia y su universalidad en cuanto a las coberturas educativas, sanitarias y a la protección social, hacen de este marco teórico un marco de referencia para analizar las relaciones sociales (Batthyány, 2020; Aguirre, 2009; Montaña, 2010; Martínez Franzoni, 2008).

noción de productividad. El crecimiento y desempeño económico de los países deben de considerar que buena parte del trabajo que se realiza no integra el mercado laboral, y que los cambios en las tensiones y demandas de tiempo y trabajo producto de nuevas necesidades de cuidados –como las que imprime la aparición de un creciente grupo de personas en situación de dependencia– se vinculan con la distribución de oportunidades para que las personas gocen de tiempo para realizar otras actividades propias del ejercicio de una ciudadanía plena, como, por ejemplo, participar en el mercado laboral. Así, mirar las estrategias que las personas desarrollan para cuidar de personas mayores en situación de dependencia permite situar cuáles son las formas de vida y los desafíos cotidianos afrontados a diario ante la implicación en vínculos de cuidados. Las estrategias de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia develan la organización social de los cuidados en cuanto a su provisión, las desigualdades implicadas en la misma, los sujetos involucrados y las diferentes concepciones que justifican el involucramiento de parte de las personas cuidadoras. Esto permite analizar en qué medida hay presencia de mecanismos redistributivos, acceso a servicios del Estado y a programas y políticas territoriales que busquen garantizar una igualdad de oportunidades al recibir cuidados y, a la vez, una reducción de la carga de tiempo que cotidianamente asumen las personas ante la presencia de situaciones de dependencia.

De esta manera, la distribución del trabajo no remunerado y los formatos de su provisión son indicadores de los modelos de bienestar que se desarrollan en la práctica en el marco de sociedades democráticas, y presuponen distintas formas de desarrollo de la participación del Estado en las mismas.

La noción de Estado de Bienestar surge en un momento histórico de posguerra, cuando era requerida una colectivización de los recursos mediante el desarrollo del Estado. No sólo operó como una práctica, sino como una propuesta de modelo de Estado en sí misma, en la que su rol principal era la redistribución para la garantía de los derechos sociales. Una de las tipologías más conocidas fue propuesta por Esping-Andersen (1993), quien situó al bienestar como una responsabilidad de, en principio, dos actores (mercado-Estado) y luego incorporó a la familia como un actor de igual peso, ante las críticas feministas que recibió su primera acepción de las esferas productoras de bienestar al excluir a la esfera doméstica²⁶ (Albert, 1995; Anttonen,

²⁶ Su planteo recibió críticas de académicas feministas, que señalaron que el trabajo no remunerado producido en el marco de las familias establecía un sesgo de género en la noción de trabajo y, en consecuencia, de bienestar. Incluir a la familia y la comunidad en el análisis del bienestar, señalaron, era esencial para tener una visión completa de su producción en las sociedades (Lewis, 1992; Orloff, 1993). Se señaló que su enfoque se basaba exclusivamente en la consideración de ingresos estándar vinculados a la participación en el mercado laboral (pensiones, indemnización por desempleo, licencias por maternidad, paternidad y enfermedad) en detrimento del análisis de desarrollo de servicios de acceso democrático (Albert, 1995 en Saraceno y Kreck, 2008, p.7). También se argumentó que se trataba de un abordaje limitado de las necesidades de cuidados y del estudio de las formas de género en las familias y sociedades (Lewis 1992; Lewis y Ostner 1993; Orloff 1993; O'Connor 1993; Saraceno 2000; Leitner 2002; Daly y Rake 2004; Pfau-Effinger y Geissler 2005 en Saraceno y Kreck, 2008, p. 7). Y se remarcó una

Baldock y Sipilä 2006; Lewis y Ostner 1993; O'Connor 1993; Saraceno 2000; Leitner 2002; Daly y Rake 2004; Pfau-Effinger y Geissler 2005 en Saraceno y Keck, 2008, p. 7; Lewis 1992; Orloff 1993). Los principios que propuso Esping-Andersen para su clasificación original de los Estados de Bienestar aludieron a tres conceptos centrales: la mercantilización/desmercantilización y la familiarización/desfamiliarización de la producción de bienes y servicios para el sostenimiento de la vida, así como a la relación público/privado en la protección social (como jubilaciones y pensiones). La desmercantilización alude al “grado en el que los individuos o las familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable independientemente de su participación en el mercado” (Esping-Andersen, 1993, p.50), mientras que la desfamiliarización alude al proceso en el cual existen oportunidades para acceder de manera directa a bienes y servicios, independientemente de las familias que promuevan el acceso a derechos, y a los grados que alcanzan en cada sociedad. Como se ha mencionado, en las sociedades capitalistas las personas acceden a buena parte de bienes y servicios a través de la compra de los mismos en el mercado, pero hay una parte importante que queda provista por el trabajo no remunerado en el marco de las familias y las comunidades. Así, la asignación de recursos no solo se realiza a través del intercambio mercantil, sino también por parte de las familias (Polanyi, 2000). Esta mayor participación de las familias se basa en el desarrollo de regímenes familistas de los cuidados, que integran un análisis tanto material como cultural de los cuidados y el trabajo en su totalidad.

Hay un pasaje entre los modelos dicotómicos de familiarismo-defamiliarización hacia la constatación de distintos gradientes de su expresión en las sociedades concretas, un ejemplo de eso es la clasificación de regímenes familistas llevada a cabo por Saraceno (2016)²⁷. Mientras que en el régimen familista el hogar o la familia son los beneficiarios de los derechos asociados al cuidado, en el desfamiliarizador los derechos son individuales. La mediación nexo familia-bienestar en el régimen familista constituye una “caja negra”, en el desfamiliarizador hay

subvaloración del tercer sector (comunidad) en la combinación del bienestar (Anttonen, Baldock y Sipilä 2006, en Saraceno y Kreck, 2008, p.7).

²⁷ La autora plantea la existencia de, familiarismo por defecto, o el familiarismo sin apoyo, se produce cuando no hay, o son muy escasas, alternativas proporcionadas públicamente al cuidado familiar y/o apoyo financiero para familiares. Este puede traducirse en desfamiliarización a través del mercado cuando los individuos y las familias utilizan sus propios recursos privados para comprar servicios de atención o educación de mercado, así como seguros de salud o de vejez que no están previstos en las políticas públicas necesitados. Por otra parte, señala la existencia del familiarismo prescrito ocurre cuando la ley civil prescribe obligaciones financieras o de cuidado dentro de la cadena generacional y las redes de parentesco. El familiarismo soportado se produce cuando las políticas, generalmente a través de políticas financieras directas o indirectas (a través de impuestos) transferencias, ayudar a las personas dentro de las familias a mantener sus responsabilidades financieras y/o de cuidado. Por último, se identifican dos formas de desfamiliarización, coincidentes con las trayectorias situadas por Da Riot (2010): Desfamiliarización apoyada a través del mercado ocurre cuando se proporcionan transferencias de ingresos (en los beneficios en efectivo, vales o deducciones fiscales) ayudar a comprar servicios en el mercado o cuando el estado (o gobierno local) financia la prestación de servicios a través del mercado en lugar de proporcionarlos directamente. Eso también puede ocurrir a través del bienestar. Desfamiliarización a través de la provisión pública alude a cuando se da la individualización de los derechos sociales (por ejemplo, en lo que respecta a la provisión de ingresos mínimos, las prestaciones de desempleo para los jóvenes o el derecho a recibir educación o a recibir cuidados) reduce las responsabilidades y dependencias. En cuanto a la atención, Ocurre cuando se realiza por servicios públicos, servicios financiados y regulados (Saraceno, 2016).

mediaciones directas (servicios) e indirectas (transferencias) que se basan en una medición del tiempo y características de los cuidados, así como en un análisis de la demanda real y potencial de cuidado (Saraceno, 1995 y Sainsbury, 2000 en Aguirre, 2005, p. 9).

Cuadro 1. Resumen de las dimensiones del familismo y la desfamiliarización.

DIMENSION	FAMILISMO	DESFAMILIARIZACIÓN
Responsabilidad principal del bienestar	Las familias/las mujeres en la red de parentesco	Estado y mercado
Supuestos ideológicos	Centralidad del matrimonio legal y división sexual del trabajo. Subsidiaridad	Cuestionamiento privado/público. Políticas familiares activas
Base de admisión de beneficios	Necesidad Madres/esposas	Ciudadanía/residencia
Trabajo asistencial de cuidado	No remunerado	Remunerado
Unidad de beneficios	Hogar o familia	Individuo
Actores	Religiosos Conservadores	Movimiento de mujeres/feminista. Empresas proveedoras de servicios y trabajadores. Movimientos de autoayuda
Medición nexo familia-bienestar	Caja negra	Mediciones directas e indirectas (cobertura servicios, transferencias, medición tiempo cuidados, demanda real y potencial, etc.)

Fuente: Aguirre, 2005 en base a Saraceno (1995), Sainsbury (2000)

El familismo no es sólo la mayor carga de cuidados de las mujeres de las familias (familiarismo) sino también un sistema cultural que ubica al cuidado en el orden de la esfera moral asociada a los lazos de parentesco. En este discurso, que tiene un basamento normativo, se individualiza la responsabilidad por los cuidados en los sistemas de parentesco, mientras que los mismos no son estables, no siempre están presentes y no cuentan con los iguales recursos para cuidar o afrontar los desafíos económicos, sociales y de conocimiento que generan las nuevas necesidades de los miembros de sus familias (Bozalek, 2011; Tronto, 1993; Aguirre, 2009; Batthyány, 2015; Falú y Colombo, 2022; Domínguez, Batthyány y Scavino, 2019) (Daly y Lewis, 2011; Federici, 2018; Aguirre, 2009; Batthyány, 2015; Jelin, 1998; Anderson, 2006; Folbre, 2008; Tronto 2020). El familismo supone que la familia es la principal responsable del cuidado y de la provisión de bienestar para sus miembros y, por ende, que es la más idónea para hacerlo y se refleja en el desarrollo de políticas públicas que asumen que las personas (mujeres) en las familias tienen la responsabilidad principal por el bienestar de sus miembros y deben responder a ella (Esping-Andersen, 1999 en Draibe y Riesco, 2006, p.16). Se pueden identificar cuatro riesgos asociados al supuesto de la familia como mejor cuidador: la desinformación para cuidar, la exposición a violencia familiar, el desigual acceso a recursos producto de las desiguales posiciones socioeconómicas de las personas, un entorno inadecuado para cuidar (Tronto, 1993, 2013; Cocciolone, 2019; Sirlin, 2008; INMUJERES, 2020; entre otras).

El familismo se asienta culturalmente en representaciones arquetípicas sobre funciones y roles de parentesco con delineamientos claros de género y generacionales acerca de quién debe

encargarse de qué tipo de tarea, pudiéndose distinguir en distintos escenarios de división sexual del trabajo la presencia de familismo patriarcal²⁸ en distintos gradientes en la sociedad (Jelin, 1998; Arriagada, 2006; Cabella, 2007; Batthyány, 2015). La identificación de las características de la cultura en términos de cuán familiarizado o desfamiliarizado esté el cuidado es central para conocer el modelo de bienestar si el *social care* es su categoría reinante (Daly y Lewis, 2011). Esto implica la observación de la división sexual del trabajo en los niveles micro y macrosociales, así como en cada sector proveedor de bienestar. Por ello, un eje central del análisis alude a la observación de la división sexual del trabajo a nivel micro y macrosocial, considerando particularmente a los cuidados no remunerados como en el mercado laboral y las características de trabajo que el mismo asume, teniendo en cuenta el papel de las mujeres en el desarrollo de dicho trabajo (Daly y Lewis, 2011, pp. 233-234). Proponen las siguientes dimensiones de análisis del *social care*.

Cuadro 2. Desarrollo detallado del concepto de social care

	Escala Macro	Escala Micro
Referencia conceptual	División del cuidado (trabajo, responsabilidad y coste) de niños y niñas y personas en situación de dependencia, entre el Estado, el mercado, la comunidad y la familia.	Distribución del cuidado (trabajo, responsabilidad y coste) entre las diferentes personas en el seno de la familia y de la comunidad y carácter del apoyo del Estado a los cuidados y las personas cuidadoras.
Indicada empíricamente por	La infraestructura de cuidados (servicios y prestaciones monetarias). La distribución de la provisión de cuidados entre los diferentes sectores.	Quién cuida, quién recibe las presentaciones y servicios disponibles, cualesquiera estos sean, qué tipo de relaciones existen entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados. Bajo qué condiciones económicas, sociales y normativas se desarrollan los cuidados. Los patrones de actividad económica de las mujeres en edad de cuidar.
Trayectorias de cambio	Más o menos: Estado, familia, mercado o comunidad.	Una modificación en la distribución de la actividad de cuidados, una modificación en la identidad de las personas cuidadoras, una modificación en las condiciones bajo las cuales se desarrollan los cuidados y el carácter del papel del Estado en relación con las mismas, Una modificación de las relaciones entre la persona cuidadora y la persona receptora de cuidados

Fuente: Daly y Lewis (2011, p. 234).

El anterior análisis de *social care* se puede vincular con los mundos del bienestar de Esping-Andersen (1993), entre los cuáles, los de tipo “liberal” presentan mayores niveles de familismo en los cuidados (mayor mercantilización y menor desfamiliarización). Plantean que el mercado es el regulador más eficiente de las relaciones sociales que conduzcan a un desarrollo económico (como modelo social de desarrollo) en donde la participación del Estado debe ser mínima y regular la seguridad pública y defensa y llevar adelante las instituciones jurídicas

²⁸Federici (2015) señaló que uno de los fines del establecimiento de un salario familiar, percibido únicamente por los varones de las familias, fue una forma indirecta de estratificación de la ciudadanía por parte del Estado y de desplazamiento de ciertos niveles de poder y control hacia los varones en el marco de las familias. Estas desigualdades salariales fueron fundacionales de la expresión de la “familia patriarcal”, en donde los varones adultos que participan del mercado laboral tienen más recursos en relación con las mujeres y con los varones de otras edades dentro del núcleo familiar, así como de todas las personas que por necesitar cuidados no tienen posibilidad de generar de manera individual ingresos y ven fuertemente limitada su participación en la vida pública y la ciudad.

(Esping-Andersen, 1993, 2008). Al ser el mercado el principal regulador del funcionamiento social, la participación democrática no requeriría del tratamiento de los asuntos económicos y del debate deliberativo acerca de qué tipo de sociedad es deseable (Tronto, 2020). En este modelo, la liberalización total de la economía de las relaciones de mercado es planteada como el camino para garantizar el desarrollo social, por tanto, los Estados deben estar ausentes del debate económico. En estos casos los cuidados obedecen al ámbito del individuo y deben de ser resueltos por los mismos en sus contextos y en competencia por los recursos, lo que expone a los individuos a distintos esquemas y oportunidades de riesgo social (Beck, 2012; Castel, 2010).

En la experiencia latinoamericana de modelos reales liberales y neoliberales, se constató crecimiento económico, pero también un aumento de las desigualdades sociales y la pobreza en la población. Su expansión contrajo mayor endeudamiento internacional y una reducción de la participación del Estado, siendo las políticas sociales focalizadas el corazón de su modelo de protección social²⁹ (Filgueira, 1998; Fraser, 2000; Calvi, 2020). El modelo liberal de los mundos del bienestar planteados por Esping-Andersen (1993) se define por una marcada ausencia de la provisión estatal de servicios y el despliegue de políticas sociales altamente focalizadas en los sectores más vulnerables. Los mismos se ubican en la conjunción entre afirmación y redistribución, donde destaca un: “reparto superficial de los bienes existentes entre los grupos existentes; sostiene la diferenciación de grupo y puede dar lugar a un reconocimiento inadecuado” (Fraser, 2000, p. 51). El modelo liberal, puede “cultivar la jerarquía y la posición social” y en base a esa jerarquía “[c]ada uno de ellos producirá un tejido propio de solidaridad social” (Esping-Andersen, 1990, p. 58).

El modelo conservador-corporativo es aquel en donde el Estado reconoce derechos a grupos que luchan por ellos de manera corporativa o gremial, sin tener criterios redistributivos de carácter general, por lo tanto, sin garantizarlos al total de la población. El corporativismo se puede asociar al acceso diferencial, por participar del mercado laboral y de ciertos grupos de

²⁹ Según Filgueira (2014) las políticas focalizadas suponen eficiencia para el Estado, pero asumen un gasto público muy bajo y sin analizarlas de manera conectada con la matriz de protección social, pueden reducirse a apoyos asistencialista, sin un mayor desarrollo del bienestar. En palabras del autor: “Lo que la experiencia sobre focalización en América Latina ha dejado en claro, es que, en tanto orientación de las herramientas, la misma tiene mucho que ofrecer para incrementar y viabilizar la construcción de sistemas de prestaciones sociales en contextos de recursos escasos, sean estas transferencias o servicios. Sin embargo, estas herramientas deben ser consideradas en el contexto más amplio de las otras políticas sociales y de la economía política en que surgen y se desarrollan, así como en forma dinámica y no estática. Una política puede dar inicio en forma focalizada, pero plantearse desde su fecha de implantación como una política de vocación universal (es decir, escuelas de tiempo completo, transferencias monetarias a infancia, etc.). Asimismo, es fundamental considerar el debate en torno a la focalización como parte del debate más amplio en torno a los sistemas contributivos. Estos son los que en los sistemas maduros se llevan la parte del león y no lo hacen siempre con modalidades progresivas” (Filgueira, 2014, p.17). Por ejemplo, en Estados Unidos, Inglaterra (a excepción de la salud) y Chile, la mayoría de las personas tiene que acudir a servicios privados para acceder al bienestar. Poseen políticas políticas orientadas comúnmente a personas que son asalariadas de bajos ingresos, que suelen ser de importes fijos, financiadas mediante aportes impositivos.

presión, a los derechos ciudadanos. El modelo conservador-corporativo promueve “las dualidades” y las mismas también tendrán un correlato en los modelos de solidaridad social (Esping-Andersen, 1990, p. 58), lo cual hace parte de la cultura, además de la materialidad. Estas dualidades, presentes en el diferente acceso a derechos mediante la participación en el mercado laboral y capacidad de presión, tienen un correlato en la agenda de políticas de “Conciliación familia-trabajo” que

[...] presentan claros sesgos de género, pues en general establecen dispositivos como las licencias, infraestructura y transferencias monetarias organizadas a partir de los sistemas de seguridad social (asignaciones familiares) destinadas mayormente a las mujeres. No obstante, esas regulaciones incluyen escasas disposiciones sobre los varones en su condición de padres o de hijos que deben asumir el cuidado de sus progenitores. Valga como ejemplo el hecho de que las licencias por nacimiento de hija o hijo para los varones, cuando están reconocidas, oscilan entre 2 y hasta 14 días en los países de América Latina (Rico y Robles, 2016 en Pautassi, 2023, p. 7).

Por otra parte, los Estados socialdemócratas se caracterizan por presentar soluciones transformadoras que apuntan a la reestructura de las bases económicas, para “contrarrestar la distribución injusta transformando la estructura económico-política subyacente” (Fraser, 2000, p. 51). Para conocer el bienestar social en una comunidad concreta, Fraser (2000) propuso en primera instancia a la *redistribución y reconocimiento* (dimensiones centrales de la justicia social, junto a la de representación política) sumando luego el eje de la *representación*. La desigualdad económica y cultural están “habitualmente imbricadas hasta el punto de reforzarse dialécticamente la una a la otra” (Fraser, 2000, pp. 30-31) como parte de procesos de injusticia o de justicia social. Se parte de la idea de que los sistemas más justos en términos de igualdad de oportunidades se asocian al reconocimiento en la esfera económica de la “necesidad de una correcta redistribución material”³⁰, el principio de redistribución. La representación también alude al *reconocimiento cultural* en tanto las bases materiales y su distribución no son independientes de los modelos sociales de representación³¹. En lo relativo al modelo de cuidados, Fraser (2000) propone la necesidad de redistribuir materialmente el cuidado y de avanzar hacia un “modelo de cuidador universal” saliendo del modelo familista y feminizado de los cuidados, aspecto para el cual pueden desarrollarse políticas transformadoras (que efectivamente busquen

³⁰ La autora hace referencia al fin de la explotación capitalista (Marx), a la justicia como imparcialidad en la distribución de bienes de primera necesidad (Rawls), a la igual distribución de recursos (Dworkin) y a la igualdad de oportunidades en las capacidades para funcionar en las sociedades (Amartya Sen) (Fraser, 2000).

³¹ El reconocimiento integra procesos injustos como la “dominación cultural (estar sujeto a modelos de interpretación y comunicación que están asociados con una cultura ajena y son extraños y/o hostiles a la propia); la falta de reconocimiento (estar expuesto/a a la invisibilidad en virtud de las prácticas de representación, comunicación e interpretación legitimadas por la propia cultura); y la falta de respeto (ser difamado/a o despreciado/a de manera rutinaria por medio de estereotipos en las representaciones culturales públicas y/o en las interacciones cotidianas)” (Fraser, 2000, p. 28).

modificar los ejes de fondo de la desigualdad) o afirmativas (que buscan enmendar problemas de desigualdad concretos aunque no cambien, y a veces, se apoyen en las desigualdades estructurales).

Si consideramos la mirada de Fraser (2000) y de Esping-Andersen (1993), para cada modelo de bienestar es importante evaluar los niveles de redistribución del trabajo de cuidados y qué sector los provee, así como el reconocimiento del trabajo de cuidados y su representación en la esfera pública. Al analizar a cada uno de los cuatro actores centrales en la producción de bienestar social –Estado, el mercado, la comunidad y las familias–, es necesario observar las dinámicas redistributivas, de representación y reconocimiento (Fraser, 2000, 2015, Daly y Lewis, 2011).

En la literatura se ha tomado un esquema de referencia trabajado por Evans Pilj y Ungerson (1994, en Aguirre, 2005, p. 8) de diamante de bienestar, en donde se identifica al Estado, al mercado, al voluntariado o sector comunitario y a las familias como estructurantes del bienestar de la persona que recibe cuidados. En dicho diamante del bienestar, también utilizado por Razavi (2007), los sectores proveedores del bienestar tienen un peso teórico similar, pero, como señalan Faur y Pereyra (2018), las gramáticas de los cuidados se presentan en la realidad provistas de manera muy distinta según los diferentes contextos en donde son producidos.

Figura 1. Diamante de Bienestar Social.



Fuente; Aguirre, 2005, p. 8, originalmente planteado por Evans Pilj y Ungerson (1994).

El desarrollo de las políticas de cuidado por parte de los Estados es central en la tarea de mitigar la desigualdad de género y clase o bien de continuar reproduciéndola, siendo que las políticas de cuidados tienen la particularidad de poder desarrollar simultáneamente el acceso a derechos, agencia, autonomía y bienestar tanto de las personas cuidadoras, como de las personas que reciben cuidados (Sepúlveda y Donald, 2014; UNRISD, 2016; Molyneux, Jones y Samuels,

2016 en Esquivel y Kauffman, 2017, p.5). Así, el tipo de políticas podrá variar según su nivel de modificación de la desigualdad (Tronto, 2020).

La propuesta del modelo de bienestar socialdemócrata no está presente en todas las sociedades europeas, sino que se ha materializado principalmente en los países nórdicos y escandinavos, mientras que en los países mediterráneos (como España e Italia) el modelo de bienestar expresa un carácter fuertemente familista. Esping-Andersen (2008) analizó la situación de la sociedad española en 2008, que presentaba presiones sobre la protección social a raíz de las bajas tasas de natalidad, la mayor longevidad y una precarización de las condiciones laborales y ausencia de mecanismos redistributivos del tiempo de cuidados. El autor realizó un ejercicio económico que mostró que la inversión en el desarrollo de servicios de cuidados de manera directa por parte del Estado se recupera en pocos años, y a mediano plazo se está ganando (aumentando la productividad producto de la inversión). De esta manera, cuidar colectivamente también ha sido planteado como una “inversión” social necesaria, que aporta al crecimiento económico (Esping Andersen, 2008). La apuesta al desarrollo directo de servicios público, siguiendo la trayectoria de desfamiliarización por vía del desarrollo del Estado (Saraceno, 2016), fue la estrategia de cuidados y bienestar desarrollada en los países escandinavos y nórdicos, en donde buena parte de las necesidades de la población deben ser provistas de manera colectiva para organizar la vida de una manera más equitativa, que permita el desarrollo de las personas en la sociedad (Da Riot, 2010; Rogero García, 2010). Tras la presencia de algunas crisis experimentadas en 1990, los sistemas de protección europeos se tornaron levemente hacia las políticas de protección de empleo y ven algunas problemáticas de gestión de los cuidados de acuerdo a los modelos que hasta ahora vinieron implementando, en un contexto de nuevas presiones financieras (Begg, Mushövel y Niblett, 2015), no obstante, los escandinavos lograron mantener mayores niveles de coberturas públicas y una mayor y más rápida recuperación del empleo y la economía (Da Riot, 2010).

Saraceno y Keck (2008) identificaron en el ámbito europeo regímenes familistas que son expresiones empíricas de rasgos que complejizan a la díada familismo-desfamiliarización. Como se presentó en un pie de página anterior, Saraceno (2016) aumentó las categorías dentro de la tipología. Considerando la original, el *familiarismo por defecto* es el tipo de sociedad en donde no existen alternativas públicas de cuidados y en donde el soporte financiero (incluyendo el tiempo de trabajo no remunerado y los costos económicos del mismo) es de carácter familiar. El mismo puede vincularse con el Modelo Liberal en la tipología de Esping-Andersen (1993) y como liberal en la de Fraser (2000). En relación con los modelos culturales de los cuidados, puede identificarse con el posmoderno, que se presenta más adelante, elaborado por Hochschild (1995).

Un segundo familiarismo es el *soportado*: aquel en donde existen políticas de soporte (apoyo) a las familias para que puedan mantener sus compromisos de apoyo a los miembros, pero sin desfamiliarizar el cuidado. Se trata de la participación del Estado a través de políticas

focalizadas hacia grupos vulnerados de la población, para los cuales el principal mecanismo destinado a contribuir con los cuidados y el bienestar es la realización de transferencias monetarias que tienen por fin atender a la salud, alimentación y cuidados de los miembros de las familias. El desarrollo de la política refleja el supuesto de que la familia es la principal responsable por los miembros del cuidado. En este caso, el espacio del Estado es “enmendar” para algunas personas los costos de la desigualdad social, a partir de, por ejemplo, las transferencias de ingresos (Saraceno y Keck, 2008). Este segundo formato también presenta rasgos del Modelo Liberal de Bienestar en la tipología de Esping-Andersen (1993) y en la de Fraser (2000), aunque presenta herramientas transformadoras (por ejemplo, las licencias pueden contribuir a modificar el papel de los varones en los cuidados, pero con un alcance muy limitado y en general, reproductores de las desigualdades socioeconómicas, como señaló Saraceno (2016)).

El *familismo opcional* presenta una participación más activa del Estado en la provisión de oferta de cuidados. Lo hace a través del desarrollo de servicios de uso público y otro tipo de transferencias monetarias o políticas de cuidados. En este modelo el cuidado familiar es una opción, pero los derechos no son garantizados de manera individual, sino que el acceso está asociado a las familias y la participación en el mercado laboral.

En cuarto lugar, se presenta la *de-familiarización*: en el mismo, la regulación estatal se basa en la individualización de los derechos sociales independientemente de la situación familiar y facilita, en el caso de servicios de asistencia social y sanitaria, el acceso solamente a servicios externos (Saraceno y Keck, 2008; Krüger y Jiménez, 2013). Así, los derechos son abordados como aspectos de las personas en tanto individuos que forman parte de la sociedad, y el Estado como el espacio de redistribuir recursos y oportunidades garantizando derechos. Estos mecanismos, cuando se desarrollan vía Estado y no mercado, pueden asociarse a los modelos de sociedad socialdemócratas presentados en la teoría tanto de Esping-Andersen (1993) como de Fraser (2000, 2015) siendo aquellos señalados como promotores de una mayor justicia social entre sus miembros.

En el caso latinoamericano, en las décadas de los ochenta y noventa el contexto sociopolítico de la región estaba atravesado por procesos de democratización, neoliberalismo y crisis económica (Martínez Franzoni, 2008, p. 43). En dicho momento histórico, Filgueira (1998) identificó tres patrones de protección social y bienestar en América Latina. El primero fue el Universalismo Estratificado (políticas sociales extendidas, pero cuyo acceso y tipo es fragmentado según la inserción socio-ocupacional), categoría en la que se ubicaron Chile, Argentina, Uruguay y, de manera incipiente, Costa Rica. El segundo grupo fue el de Países Excluyentes, en donde los Estados no tienen mayor desarrollo en general y en particular de la protección social, por tanto, no hay una asignación colectiva de los recursos públicos, allí se ubican El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. El tercero fue el de Países Duales, en donde se observa un Universalismo Estratificado en sectores urbanos y Exclusión en sectores

rurales (Filgueira, 1998 en Martínez Franzoni, 2008). El devenir histórico y el tipo de respuestas otorgada por los Estados a las crisis económicas resultaron en el afianzamiento de dos caminos: el Estatista (Costa Rica y Uruguay) y el mercantil (Argentina y Chile) (Filgueira y Martínez Franzoni, 2002 en Martínez Franzoni, 2008). En 2004, Filgueira señaló que el camino Estatista se caracterizó por reformas “recientes y graduales”.

Martínez Franzoni (2008) planteó una nueva tipología de regímenes de cuidados y bienestar en función del análisis de indicadores para la mercantilización-desmercantilización, familiarización-desfamiliarización y el desempeño en manejo de los riesgos la autora identificó tres conglomerados que representan distintas situaciones de los Estados respecto a los tipos de regímenes de bienestar en América Latina y el Caribe. El régimen “Estatista-Productivista” se caracterizó por evidenciar una alta proporción de población en el mercado formal de empleo y con altos ingresos en general, por un papel central de la política social con énfasis en sectores con escasos recursos y una alta proporción de mujeres cónyuges sin trabajo remunerado (Argentina y Chile). Al segundo régimen lo llamó “Estatista-Proteccionista”, caracterizado por una alta proporción de las mujeres y la población en el mercado formal de empleo, pero decreciente, un papel central del Estado en el desarrollo de políticas sociales orientadas a las clases medias y al estímulo del trabajo formal y la presencia de una proporción media de mujeres cónyuges sin trabajo remunerado (Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay). El tercer régimen identificado es el “Informal-Familista”, con una alta mercantilización transnacional con ingresos bajos, un Estado que desarrolla políticas sociales de manera muy residual y muy dependiente de la cooperación internacional y con una baja proporción de mujeres cónyuges sin trabajo remunerado (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú, República Dominicana y Venezuela, Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay) (Martínez Franzoni, 2008, p. 96).

En un reciente artículo, Filgueira y Martínez (2019) indagaron acerca del vínculo entre los familismos, la estratificación (particularmente de las mujeres) y el consumo de servicio doméstico y de cuidados como un factor creciente y explicativo de dicha estratificación. Plantean que la región latinoamericana es la principal consumidora de trabajo doméstico y de cuidados en domicilio, lo cual se asocia a la fuerte presencia de desigualdad entre las mujeres y a las características estructurales de la desigualdad en América Latina. Cerca de una de cada cuatro trabajadoras en la región se dedica al trabajo doméstico remunerado, siendo el sostén en base a trabajo precario para las trabajadoras y una “fuente de cuidados” para las mujeres de ingresos medios y particularmente, de ingresos altos (Filgueira y Martínez, 2019, p. 246). Esta situación se produce en regímenes mayoritariamente familistas, con altos niveles de desigualdad social y con escasas políticas como servicios de atención de carácter universal desarrolladas por el Estado, en regímenes de división sexual del trabajo tradicional y desigual según los recursos con los que cuenta la población y su distribución. Señalan que en este contexto las mujeres han desarrollado estrategias adaptativas para preservarse o ingresar al mercado laboral: disminución

de la cantidad de hijos, apoyo en el trabajo no remunerado de otros miembros de las familias (como por ejemplo las abuelas en los cuidados de nietas/os), la contratación de servicios de centros de cuidados y trabajo doméstico y de cuidados en domicilios, el uso de centros de cuidados públicos y, para aquellas que están insertas en el mercado laboral formal, un mayor uso de licencias, medio horario o flexibilidad laboral (Filgueira y Martínez, 2019).

El trabajo de esas mujeres se apoya a la vez en el trabajo familiar y comunitario o en la imposibilidad de cuidar, siendo muy importante la presencia del sector comunitario de cuidados en la región. La comunidad es conceptualizada como “cuestionada” y “excluida” del proceso de desarrollo de los servicios de cuidados Estatales, o bien porque fue vista como “competencia” del desarrollo de servicios del Estado, o bien porque fueron estigmatizadas como “anti sistémicas” (Vega y Martínez, 2017 en Medina y Ezquerra, 2020). No obstante, en los cuidados comunitarios, puede darse o no una “democratización de los cuidados” (Tronto, 2013), ya que en dicha esfera y en las prácticas comunitarias, también se encuentran rasgos de poder y desigualdad, así como el cuidado se encuentra extendidamente feminizado y no remunerado (Adelantado, Noguera, Rambla, y Sáez, 1998; Cárdenas, 2009; Gutiérrez y Salazar, 2015; Gupte, 2004 en Medina y Ezquerra, 2020). Si bien las experiencias de cuidado comunitario constituyen un fenómeno colectivo relevante para la creación participativa de las políticas públicas, en las mismas suele reconocerse una fuerte presencia de desigualdades de género y sobrecarga de trabajo en las mujeres (Espinosa et al., 2021; Casado-Mejía, 2008; Gil-García, 2005; Balladares et al., 2021; ONU, 2022,). El reconocimiento de las formas comunitarias de cuidados es necesario para la construcción de los caminos de redistribución del trabajo de cuidados y de las desigualdades de género presentes en dichos ámbitos (Pateman, 1970; Medina y Ezquerra, 2020; Federici, 2018; Anderson, 2006; Amaya Guerrero, et al., 2022). En este contexto, el papel del Estado en los procesos de redistribución de las oportunidades es central (Fraser, 2000, 2015; Daly y Lewis, 2011).

Cuidado y cultura del bienestar social

Pfau Effinger (2005) planteó que para profundizar en el conocimiento sobre el sistema de bienestar es necesario tener en cuenta cómo es el *sistema cultural del bienestar*: valores, ideas, stock de conocimiento de las políticas del bienestar en la población y en las justificaciones y argumentos esgrimidos por el Estado para el desarrollo de la política (lo cual puede asociarse con el análisis de los discursos del cuidado como parte de la producción política de los cuidados propuesta por Narayan, 1995 y Tronto, 2013); cómo son las *prácticas sociales de los individuos* (que admite el análisis de sus motivaciones, significaciones, emociones y acciones materiales concretas); cómo son las *prácticas sociales estructurales*: inequidades sociales, relaciones de poder y división del trabajo; y, finalmente, cómo es el *sistema de bienestar*: las instituciones desarrolladas y su interacción con otras instituciones de la sociedad como la familia, la economía y el mercado,

el análisis del mercado remunerado y del trabajo no remunerado en una sociedad (Pfau-Effinger, 2005, p. 5). De esta manera, para conocer el desempeño y desarrollo de las políticas públicas es preciso observar su materialidad, pero también los sistemas culturales en relación con el cuidado que las acompañan. Un ejemplo de análisis de la cultura de los cuidados se sitúa en Hochschild (1995), quien indagó en los imaginarios culturales en parejas en Estados Unidos y reconoció cuatro modelos ideales: el tradicional, el posmoderno, el de modernidad fría y el de modernidad cálida. Hochschild (1995) planteó tres criterios para identificar a cada modelo: la participación de los varones en el trabajo no remunerado de cuidados y doméstico, la delimitación de los horarios y lugar otorgado al trabajo y la valorización social que tiene el cuidado. En algunos casos, identificó un *Modelo Tradicional* de cuidados, en donde se presenta una naturalización de los cuidados como tarea relativa a la esfera doméstica y a las mujeres (de manera no remunerada). El espacio doméstico y la intimidad de la familia es el espacio “natural” del cuidado y el cuidado es naturalizado como femenino, y privado. Según Hochschild (1995), el modelo tradicional establece en dónde deberían y no deberían estar las mujeres e identifica el uso de figuras religiosas y conservadoras en la promoción de la naturalización de los cuidados, en donde los varones son “eliminados” del ámbito del cuidado (devaluado, y pre-monetizado) mientras que las mujeres cuidan de manera no remunerada y trabajan. Hochschild (1995) habla en este modelo de las mujeres como “colonia” dentro de un Estado, se asemeja a la idea de “estratificación” intra estatal a partir de la asignación de salarios a unos trabajos y no a otros planteada por Federici (2018). La autora señaló que el modelo está en tensión con modelos más redistributivos de los cuidados.

El segundo es el *Modelo Posmoderno de Cuidados*, que se basa en el supuesto de que las mujeres, particularmente las madres trabajadoras y ahora hijas cuidadoras, pueden hacer todo sin ayuda adicional (hágalo por sí mismo) lo que conduce a una “precarización y la disminución de los estándares de cuidado” (Hochschild, 1995, p. 338). Este supuesto se acompaña de ideales de mayores capacidades de “autocuidado”, por ejemplo, los niños/as que se cuidan solos/as o las personas mayores que están felices por “no necesitar atención”. El modelo posmoderno presenta discursos del cuidado como un asunto “personal” y del fomento a la “libertad”, suplantando la noción de bienestar por “prosperidad o felicidad”, sin establecer ningún tipo de mecanismo redistributivo o de deliberación colectiva acerca de los tipos de cuidados que se espera que sean brindados. “Un anuncio de la televisión estadounidense mostró cómo los ancianos pueden vivir solos ‘felices’ ahora en compañía de un nuevo dispositivo electrónico portátil que pueden empujar para señalar un servicio de ambulancia en caso de que sufran un infarto o se caigan³²” (Hochschild, 1995, p. 339).

El tercero es el *Modelo Moderno-Frío de Cuidados*, y plantea una solución que propone

³² Lo que más adelante veremos que se constituye en una propuesta estatal de cuidados, mediante el desarrollo de “Programas de Teleasistencia”.

institucionalizar todas las formas de cuidados humanos (fría, como el caso del modelo soviético de 7 a 19 de cuidados diurnos, con alternativa para que los niños/as duerman en las instituciones entre semana). En este modelo, la preocupación por parte de las instituciones y el Estado está centrada en la eficiencia, la racionalidad y la practicidad de las formas de resolver el cuidado, pero no en su contenido, ni en su “ética”. La mayor oferta de cuidados institucionales coincide con un escenario en donde las personas dedican más tiempo a la producción mercantil, particularmente los profesionales y gerentes agobiados que trabajan “asustados” a raíz de los posibles despidos, acudiendo a soluciones de cuidados de carácter modernas-frías (Hochschild, 1995, p. 341). A diferencia del modelo posmoderno, el modelo moderno-frío no niega la demanda de cuidados, ni busca “desvanecerla” en relatos de felicidad y autonomía, sino que plantea una solución institucional y recurrentemente homogénea (Hochschild, 1995, p. 342).

El cuarto es el *Modelo Moderno-Cálido de Cuidados*. Según la autora, es el que defenderían las feministas (Hochschild, 1995, p. 341) ya que resulta de una equitativa posibilidad de representación y participación en los cuidados por parte de distintos actores (familia, Estado, mercado y comunidad), con una adecuada redistribución entre varones y mujeres (Hochschild, 1995, p. 342). Plantea que se trata de un modelo moderno porque institucionaliza, pero cálido por que las personas participan de los cuidados. Puede asociarse al modelo de cuidador universal de Fraser (2000) en el marco del modelo cálido como un requisito para su existencia. Para su existencia, Nedelsky y Malleson (2023) proponen un modelo teórico de políticas de cuidados en *Part time for all. A care manifesto*, en donde el trabajo remunerado no puede extenderse más allá de treinta horas semanales, para que todos los miembros de la sociedad puedan dedicar veintidós horas semanales al trabajo no remunerado. En su propuesta, señalan que todas las personas deben adquirir conocimiento y disposiciones para cuidar a lo largo de toda la vida. En este modelo de medio tiempo para todos, el trabajo de cuidados estaría “empíricamente” revalorizado, incluso aquel realizado para preservar el ambiente y la tierra, atendiendo a los modelos de cuidados ecológicos, además de los cuidados propinados entre distintas personas.

De esta manera, tanto los modelos que atienden la distribución material del bienestar, como aquellos que atienden su dimensión cultural, de representación y subjetivación constituyen herramientas de análisis sobre los modelos de cuidados y relevantes para su debate en el contexto de los modelos del bienestar.

Organización social y estrategias de cuidados

La desigualdad es una de las problemáticas centrales de la región latinoamericana, y es en este contexto en el que la discusión sobre el bienestar social, los regímenes del bienestar y los cuidados ha sido desarrollada de manera múltiple e incipiente. Las mismas han abonado al concepto de *organización social del cuidado*, que alude a una estructuración heterogénea y dinámica en la que intervienen la oferta de cuidados y la demanda. “Surge del cruce entre la disponibilidad de instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que

los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden, o no, a ellos” (Faur, 2014 en Faur y Pereyra, 2018, p. 499). El concepto de organización social del cuidado alude tanto a las dimensiones materiales del cuidado (que admiten la consideración de los tiempos, costos e infraestructuras de cuidados) así como las dimensiones simbólicas que lo sostienen, expresados en las culturas del cuidado, particularmente en su familización y generización. Rodríguez y Marzonetto (2015) parten del “diamante de bienestar”, que toman de Razavi (2007) aunque la propuesta es nódica y de principios del 90, en donde están presentes Estado, mercado, familias y comunidad. Remarcan que la ausencia de énfasis de las esferas no expresa las múltiples realidades de sociedades concretas, que pueden ser muy heterogénea según los ejes de desigualdad social (Faur 2014, en Faur y Pereira, 2018). Martínez-Buján (2014), en un análisis de la distribución territorial de los modelos de provisión de cuidados entre Estado, familia, mercado y comunidad, y tomando como dos ejes de análisis el cuidado familiar no remunerado y el cuidado público provisto, identifican seis formas de organización social del cuidado de las personas mayores en los hogares: familismo absoluto, doméstico no subvencionado, familista subvencionado, doméstico subvencionado, profesional, opcional (Martínez-Buján, 2014, p. 113). Las formas de organización del cuidado se sitúan en espacios distintos de las ciudades, en donde las infraestructuras de cuidados están distribuidas de manera inequitativa, aspecto al que abonaron los análisis del feminismo urbanista, ofreciendo cartografías y mapas de los cuidados como una herramienta para conocer cómo las formas de hacer ciudad se vinculan con las desigualdades sociales (Jacobs, 1967; Cicoletto, 2014; Falú y Colombo, 2022).

En el marco de la organización social del cuidado, Pérez Orozco (2007) sugiere hablar de redes de cuidados:

[...]encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuáles esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Las redes de cuidado las conforman las personas que dan cuidado y las que los reciben (es decir, todas las personas en nuestros roles de cuidadoras y cuidadas) así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada (Pérez Orozco (2007) en Rodríguez y Marzonetto, 2015, p. 106).

Teniendo en cuenta los debates sobre los modelos del bienestar, así como la noción de organización social del cuidado, el conocimiento de las estrategias de cuidados representa una forma de acceso a la contrastación empírica de la participación de los distintos actores implicados en el cuidado y a las significaciones sociales asociadas a los mismos. El concepto de estrategias en ciencias sociales es resistido por portar una marca de la maximización de beneficios heredada de la teoría de la elección racional. Entre los setenta y noventa, principalmente en África y

América Latina, la mayoría de la población se encontraba en mercados informales de empleo y los académicos colocaban su atención en las formas de supervivencia que los mismos desarrollaban, principalmente en cómo manejaban su economía las personas en situación de pobreza (Hart, 1973; Castells and Portes, 1989; Roberts, 1991 y Pahl, 1984 en Wallace, 2002, p. 276). En este contexto, ya se debatía el fuerte papel otorgado al individuo y a la agencia, lo cual condujo a un señalamiento sobre un sesgo de racionalidad económica y de ponderación de la acción individual. A pesar de los esfuerzos de Elster (1988) por incluir a las emociones, la información y los deseos como parte de las estrategias y distinguir tipos de “racionalidades” implicadas en cada una de estas esferas, la idea de estrategias se sostuvo principalmente como un aspecto observable a nivel de los individuos y no en la interacción entre los mismos. Algunos estudios mostraron que las estrategias son más o menos desarrolladas según cada contexto y los recursos con los que las personas cuentan para ello, que se encuentran inequitativamente distribuidos (Anderson et al., 1994; McCrone, 1994 y Vinay, 1985 en Wallace, 2002, p. 278). En estos distintos escenarios económicos y sociales, se pueden apreciar estrategias “fuertes” en donde las personas de los hogares se sientan y planifican sus actividades (que considera insostenible) y estrategias “débiles” en los casos en que se desarrolla una estrategia sin mayor planificación de los cuidados (Warde, 1990, en Wallace, 2002, p. 278). Desde el GISG se definió a las estrategias de cuidados como “la forma en la que se resuelve la respuesta a una necesidad de cuidados a través de la participación de distintas personas e instituciones” (Batthyány, Genta y Scavino, 2017, p. 100). Inspiradas en Wallace (2002) y en buena parte del marco teórico presentado en este trabajo, se consideraron los elementos estructurales y materiales de las estrategias (división del trabajo, tiempos dedicados, participación, tipo de personas o instituciones que participan en los cuidados), así como los elementos culturales de las estrategias (presentes tanto a nivel macro, como las imágenes o simbolizaciones disponibles en la cultura, así como a nivel micro, en las motivaciones y emociones expresadas a nivel subjetivo) (Letablier, 2007; Batthyány, 2001, 2009, 2015, 2020).

Wallace (2002) propone que las estrategias son el producto del encuentro entre aspectos estructurales, de agencia y culturales, lo cual admite la consideración de racionalidades son múltiples y responden a distintas necesidades (culturales, emocionales y materiales) y los contextos, los significados y las prácticas que hacen parte de ellas son centrales en su conocimiento. Según la autora, las mismas pueden representar distintas dimensiones de las prácticas “económicas” de los hogares, sin limitarse a una visión “sobre socializada” de los sujetos (con fuerte impacto de la estructura o sociedad sobre el individuo) o a una mera visión de los seres humanos como “homo economicus” (Granovetter, 1985; Morgan, 1989 en Wallace, 2002, p. 278).

Se considera que las estrategias³³ combinan la conjunción de factores de desigualdad estructural (división sexual del trabajo en los hogares, posición de clase, disponibilidad de acceso material a servicios de cuidado en el mercado y provistos por el Estado) y factores culturales (mandatos de género, actitudes, valoraciones y normas sociales que determinan el ideal de cuidado y las personas ideales para ejercerlo). Los esquemas con menores cargas de cuidados y mejor distribuidas, tanto entre Estado, mercado, familia y comunidad, como entre varones y mujeres, se relacionan con un mayor nivel de bienestar de las personas en su acceso al tiempo y a las oportunidades para desarrollarse en otras esferas de la ciudadanía. Los de repartos inequitativos se relacionarán con mayores desigualdades y mayores costos, tanto para las personas cuidadoras, como para las que tienen necesidades de cuidados. En sintonía con la definición de cuidados, se han distinguido dimensiones de las estrategias que hacen foco en la materialidad y la cultura de los cuidados. En cuanto a la dimensión material, es necesario observar el trabajo remunerado y no remunerado, los sectores que participan en su provisión, las características del trabajo, el alcance de las políticas públicas y las formas de financiamiento. Esto se puede conocer a través de la medición del tiempo y de los indicadores relativos a la participación en el mercado laboral, sistema educativo, entre otras. En el diálogo entre la materialidad y la cultura en las estrategias, Elster (1988) ha destacado el concepto de *preferencias adaptativas*, que alude a la elaboración de preferencias en contextos restringidos de oportunidades materiales. Por ejemplo, a la presencia de un familismo cultural en los cuidados en contextos en donde no hay acceso a servicios de cuidados públicos ni privados. La dimensión cultural se imprime tanto a nivel macro (como en las políticas sociales y el tipo de “ideal” de cuidado que promueven, analizable a partir de la tipología de Hochschild (1995), y también acerca de las representaciones sociales (Lamas, 1999) del papel del Estado en los cuidados, a partir de los imaginarios sobre las políticas públicas que debería desarrollar y también acerca de las estrategias ideales de cuidados) y a nivel micro. Por ejemplo, a través de reconocer el peso del familismo en las motivaciones para cuidar y las representaciones sobre otros actores de cuidados. A su vez, la dimensión estructural debe ser analizada, tal como sugieren Daly y Lewis (2011), quienes llaman escala macro a la observación sobre los niveles de corresponsabilidad entre familia, Estado, mercado y comunidad, y llaman escala micro a la división sexual del trabajo. En este trabajo consideramos que la división sexual del trabajo puede ser analizada tanto a nivel de los individuos –para conocer cómo es el uso del tiempo entre varones y mujeres–, pero también a nivel del Estado y del Mercado (macro), observando cómo es la división sexual del trabajo de cuidados que desde ellos se desarrolla y cómo es valorizada, a través del estudio de las características del trabajo de cuidados. Así, la materialidad de las estrategias puede ser explorada mediante el estudio del tiempo total de cuidados brindado por distintos sectores y por personas

³³ Las estrategias se consideran a nivel individual y del hogar atendiendo por momentos a la unidad de análisis *individuo* y por otros a *hogar*, necesaria para indagar en la división sexual del trabajo (Daly y Lewis, 2011; Espino, 2007; Aguirre, 2013; Domínguez Amorós, 2020).

con distintas identidades sociales, como se puede indagar en las características del trabajo remunerado y doméstico en el mercado laboral, complementando el análisis del trabajo de cuidados no remunerado con el remunerado. Esto permite analizar en qué medida el Estado contribuye a desatar el “nudo problemático de género y cuidados” o en qué medida lo reproduce. La materialidad de las estrategias de los cuidados permite dialogar con teorías y modelos antecedentes (Martínez Franzoni, 2008; Da Riot, 2010; Saraceno y Keck, 2008; Hochschild, 1995; Fraser, 2000 y 2015; Tronto, 2013; Pfau-Effinger, 2005). A continuación, presentamos un esquema de la materialidad y la cultura del trabajo total como dimensiones del concepto de estrategias de cuidados, desarrolladas en el tiempo total de trabajo, contribuyendo a su vinculación con la observación y el posible análisis por sector.

Cuadro 3. Resumen de los elementos implicados en las estrategias de cuidados

	Materialidad (División sexual del trabajo y redistribución)	Cultura (Representaciones, ideales y motivaciones)
ESTADO	¿Desfamiliariza el cuidado? ¿Desarrolla políticas universales de cuidados? ¿Otorga suficiente financiamiento? ¿Desarrolla servicios de manera directa? ¿Regula los servicios de cuidados adecuadamente?	¿Qué tipo de cultura del cuidado promueve la realización de sus políticas públicas? ¿Qué sujeto de derechos reconocen las políticas? ¿Qué modelo de cuidados ideales tienen las políticas públicas?
MERCADO	¿Cómo es su participación en las estrategias de cuidados? ¿Qué modelo de división sexual del trabajo proponen? ¿Qué características de trabajo imprimen sobre el tipo de ocupaciones que desarrollan?	¿Cómo aparece el mercado en las estrategias ideales de cuidados? ¿Existen estereotipos de género en torno al trabajo remunerado de cuidados?
COMUNIDAD	¿Cómo es su participación en las estrategias de cuidados? ¿Qué modelo de división sexual del trabajo proponen? ¿Qué características de trabajo imprimen sobre el tipo de ocupaciones que desarrollan?	¿Cómo aparecen los cuidados comunitarios en las representaciones sobre los cuidados?
FAMILIAS	¿Cómo es su participación en las estrategias de cuidados? ¿Qué modelo de división sexual del trabajo proponen? ¿Cuánto tiempo dedican las mujeres al trabajo remunerado y no remunerado?	¿Cómo aparece la familia en los discursos en torno a los cuidados? ¿Y en las políticas públicas?

Fuente: elaboración propia.

Bienestar comprometido

Como punto de vista epistemológico, los cuidados y su dimensión de derecho lo vinculan con el debate del papel del Estado en la producción de bienestar social. El modelo teórico bismarkiano, presente en el modelo socialdemócrata del bienestar, se ha expresado de manera diferente en las realidades de los países, lo que evidencia fuertes trayectorias de desarrollo de

servicios directo por parte del Estado en sociedades con mejores indicadores de desarrollo social, en relación con otras trayectorias de débil participación del Estado en los cuidados, asociadas a modelos materiales y culturales familistas que coinciden con peores desempeños sociales (Da Riot, 2010, Rodríguez Cabrero, 2011, Rogero García, 2010, entre otros). Estos regímenes se basan en el trabajo de las mujeres, por lo que los mismos necesitan de una mirada sobre la división sexual del trabajo, que se expresa tanto a nivel material como cultural. Los modelos de bienestar en América Latina también han mostrado ser incipientes y con trayectorias diferentes entre sí, reconociéndose una débil, pero mayor presencia del Estado en países como Uruguay, Chile y Costa Rica, aunque advirtiéndose que el camino emprendido tras las crisis de un modelo de regulación estatal desacelerado podría repercutir en el desarrollo de políticas focalizadas. Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta (2014) señalaron que el SNIC fue resultado de una articulación virtuosa entre gobierno, organizaciones de la sociedad civil y academia, lo cual representa pluralismo, pero no necesariamente a las bases de la sociedad o un indicio de eficacia política (Pateman, 1970). Si esto fuese así, las demandas hacia un SNIC deberían estar extendidas en el ámbito público y las representaciones sociales del cuidado deberían estar extendidamente desfamiliarizadas. Como se mencionó, actualmente los países con mejores sistemas de protección social en América Latina están experimentando crisis y regresividades en el acceso al derecho a los ingresos y el alargamiento de las trayectorias laborales. En este marco es que el conocimiento de las estrategias de cuidados permite identificar las cargas de cuidados no remunerados para las poblaciones de personas mayores en situación de dependencia a fin de reflexionar sobre el trabajo que realizan las mujeres de manera no remunerada y los hogares en la provisión de dichos cuidados.

Como se evidenció anteriormente, para conocer el bienestar en una sociedad es necesario atender a los elementos tanto materiales como culturales, aspectos que son resumidos en una serie de criterios para el análisis del bienestar propuestos por Draibe y Riesco (2006), que fueron complementados con otras autoras. Los mismos establecen que analizar el bienestar conlleva evaluar el resultado de las acciones del Estado, mercado, familia y comunidad, analizando los grados de autonomía de las personas (respecto a sus familias y contextos) y de garantía de acceso a derechos, respecto al mercado de trabajo (desmercantilización) y respecto de los sistemas domésticos de cuidado y protección (desfamiliarización) (Orloff, 1996; Esping-Andersen, 1999 en Draibe y Riesco, 2006, p.17), comprender los patrones previsionales (Esping-Andersen, 1999 en Draibe y Riesco, 2006, p.17) y modelo de financiamiento (solidario o no, compulsivo o voluntario, de base contributiva o fiscal), comprender el modelo del sistema público de las políticas sociales (educación, salud, cuidados, seguridad social) y en qué medida son más universales o menos y los tipos de políticas desarrollados (Gough, 1999 en Draibe y Riesco, 2006, p.17), comprender cuál es el tipo predominante de familia, la división sexual del trabajo que se da a su interna y si existen estructuras de poder (Sainsbury, 1999 en Draibe y Riesco,

2006, p.17 y Daly y Lewis, 2011) las culturas, los sistemas de valores, las creencias religiosas y formas de espiritualidad, los elementos culturales en torno a la familia, el parentesco y las relaciones de género en las sociedades (Castles, 1993; Sainsbury, 1999; Walby, 2001 en Draibe y Riesco, 2006, p.17, Hochschild, 1995, Pfau Effinger, 2005), conocer el tipo de modelos dominantes de solidaridad (si están basados en el mérito, o son universales) (Esping-Andersen, 1990, 1999; Gough, 1999 en Draibe y Riesco, 2006, p.17). También es importante reconocer los intereses, ideas y fuerzas políticas dominantes en la sociedad en las distintas etapas de emergencia, desarrollo y reformas de los sistemas de protección social (Draibe y Riesco, 2006, p.17), los condicionantes institucionales y sociales de manera histórica a fin de dar cuenta de la “dependencia del camino” (Draibe y Riesco, 2006, p.17), y considerar los impactos del sistema internacional (Esping-Andersen, 1990, 1999; Pierson, 1994; Gough, 2003; Pierson, 2003; Sabel y Zeitlin, 2003 en Draibe y Riesco, 2006, p.17). Si bien todos estos puntos no serán abordados en la presente tesis, reúnen varias de las dimensiones requeridas para analizar el bienestar evidenciando que, al igual que los cuidados, su análisis requiere la integración de la multidimensionalidad.

Vejece descuidadas

Con distintos ritmos, el envejecimiento poblacional se ha acelerado a nivel global: es constatable en el crecimiento de la proporción de personas mayores de 65 o 60 años o más sobre el total de la población y en mayores promedios de la esperanza de vida en 2019 (Naciones Unidas, 2019 y OCDE, 2011 en Boyer et al., 2020). Este proceso es notorio en los países con rasgos de la segunda transición demográfica. Las nuevas sociedades prometen vidas largas a partir del desarrollo de las tecnologías, la medicina y la industria farmacológica³⁴, que, a la vez, vienen acompañadas de mayores cargas de cuidados ante la creciente proporción de personas que conviven con situaciones de dependencia. Desde la teoría se ha evidenciado un uso discriminatorio de la edad, de las palabras vejece y viejo que coinciden con una serie de violencias que las personas viven por serlo de manera específica (Berriel, Paredes y Pérez, 2006; Levy & Banaji, 2002; Sánchez, 2004; Melero, 2007 en Huertas Prego y Scavino, 2020). En este apartado final del marco teórico, se busca plantear qué se entiende por vejece, vejezismo y por dependencia, profundizar sobre la discriminación y presencia de prejuicios en torno a la población de personas mayores y sobre la mirada de la dependencia desde la que se parte en el presente trabajo. En segundo lugar, buscamos poner de manifiesto algunos de los debates del cuidado de las personas mayores a nivel teórico, ante el particular crecimiento que está implicando la aparición de nuevas necesidades de cuidados. Un tercer punto analiza la relación particular entre el género y las vejece, ya que el avance del envejecimiento es un fenómeno

³⁴ En este sentido, la autora plantea que el cuerpo (particularmente el de las mujeres viejas) compone un campo de batalla en donde las farmacéuticas encuentran un negocio económico en los procesos de la medicalización (Freixas, 2007).

fuertemente feminizado. Se dialoga con el papel particular del cuidado de las personas mayores (mayoritariamente mujeres) y los nuevos desafíos que propone el alargamiento de las trayectorias de la vida, con mayor presencia de la dependencia para la vida de las mujeres en la sociedad. Nuevamente, dando marco a la pregunta central de investigación del presente trabajo, ¿Cómo son las estrategias de cuidados en términos de su materialidad (tiempos y costos) y cultura (estrategias ideales de cuidado, representaciones de género en los cuidados, políticas públicas ideales y motivos y motivaciones por los cuales se cuida de la manera en que se hace) para personas de 70 años y más en situación de dependencia (en adelante, PM70dep) en Montevideo y Área Metropolitana?

Como es posible dilucidar, la misma considera en los aspectos materiales a la dimensión de producción mediante la medición del tiempo de trabajo de cuidados en las estrategias de cuidados de las personas de 70 años o más en situación de dependencia, así como la dimensión de costos económicos mediante el reconocimiento de gastos de los hogares y la valorización del tiempo de trabajo. A su vez, de analiza el aporte de cada sector al total del trabajo: Estado, mercado, familia y comunidad en las estrategias de cuidados. También se abordan dimensiones culturales como las expectativas de cuidados ideales, informando sobre las formas de cuidados arquetípicas en determinados grupos sociales, las consideraciones sobre qué tipo de políticas el Estado debería desarrollar, las representaciones de género en los cuidados, y los motivos y motivaciones de las personas para cuidar, para integrar diferentes actores en los cuidados, o para rechazar formas de cuidados. No obstante, dimensiones como la emocionalidad en los cuidados o el trabajo cognitivo de cuidados no están presentes en esta investigación.

Vejez, vejeismo y dependencia

En el marco del debate sobre los modelos del bienestar social, buena parte de las políticas sociales de cuidados se han desarrollado como políticas de “conciliación” trabajo-familia y orientadas principalmente a la articulación de la participación en el mercado laboral de las mujeres y en el cuidado de niñas/os. Como ya se mencionó, este paradigma fue fuertemente criticado, pero buena parte de las políticas más o menos desarrolladas en América Latina aluden centralmente al cuidado de niñas y niños, mientras que los sistemas de jubilaciones y pensiones están viéndose fuertemente presionados por los cambios en la estructura demográfica, en sociedades con un despliegue de políticas de cuidados para personas mayores en general y en situación de dependencia en particular escaso o nulo en el contexto latinoamericano (BID, 2022; Da Riot, 2010; Rogero García, 2010). Guita Grin Debert (2013) ha señalado más de una dificultad por la cual las vejeces y la vejez no han sido temas centrales en la agenda feminista, dentro de los cuales se encuentran los estereotipos negativos, la “invisibilización” de la vejez y la no competencia entre cuidados y mercado laboral. Las formas en las que las sociedades

latinoamericanas están procesando la aparición de una nueva etapa del curso de vida³⁵, producto del proceso de envejecimiento y de sobre-envejecimiento poblacional son o bien nulas o incipientes, lo cual depende de la capacidad de respuesta de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento poblacional (Huenchuán, 2019). En este sentido, la pregunta de investigación aquí planteada no sólo tiene un carácter teórico vinculado al análisis de los modelos de bienestar y la división sexual del trabajo en los mismos, sino que también tiene un carácter pragmático ante la constatación de ausencia de información relativa a las formas de cuidado y la articulación del trabajo remunerado y no remunerado de las personas mayores en el marco de los hogares (Batthyány, 2015; Aguirre y Scavino, 2018; Aguirre y Ferrari, 2010, 2014).

Se conoce que los derechos de las personas mayores son frecuentemente vulnerados en los países latinoamericanos, en donde las coberturas mínimas de jubilaciones, pensiones y sanitarias no suelen cubrir a la totalidad de quienes hayan aportado al mercado laboral y no reconoce las trayectorias laborales de las mujeres que han trabajado toda la vida de manera no remunerada (Arber y Ginn, 1996; Aguirre y Scavino, 2018; Aguirre y Scuro, 2010; BID, 2022; Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017). Dicha vulneración ocurre no sólo en materia de políticas de cuidados –como garantías a su recepción, a elegir si cuidar o no y al autocuidado (Pautassi, 2007, 2022) –, sino también en todas las políticas que se intersectan con las de cuidados cuando se atiende a su multidimensionalidad: el territorio, el acceso a la ciudad, a la cultura, al espacio público, al sistema sanitario, al mercado de empleo, entre otros (Paredes, 2020; Huenchuán, 2019; Montes de Oca, 2013, entre otras).

Las condiciones de vida de las personas mayores en cuanto a su experiencia de la ciudadanía, en buena medida negativas en la región latinoamericana, se dan en un marco cultural en donde la negación de la muerte y la exaltación de la juventud concuerdan con la predominancia de la instantaneidad y de la cultura de consumo (CEPAL, 2022). Esto ocurre en el marco de un sistema en donde se intersectan el capitalismo, el patriarcado (recordando que una forma de ejercerlo es no reconocer dentro del capital y su redistribución al trabajo de cuidados realizado por las mujeres de manera no remunerada en sus hogares (Picchio, 1994)) y el adultocentrismo³⁶ (Duarte, 2015 y Arévalo 1996, en Krauskopf, 2020; Scavino, 2020;

³⁵ En este marco, es posible identificar la noción de curso de vida como un entramado continuo que entrelaza distintas edades y etapas con las necesidades de la resolución de la sostenibilidad de la vida, en el marco de la interdependencia que caracteriza la realización de la supervivencia de los seres humanos, así como de la naturaleza. Es a partir del reconocimiento del hecho de que estamos envejeciendo que se puede anticipar o no cómo se quiere vivir en la vejez y cuáles son los formatos de cuidado deseados (Iacub, 2011). La perspectiva del curso de vida ha planteado cinco principios: el desarrollo a largo plazo, el tiempo y el lugar, el timing, el principio de vidas interconectadas y de agencia (Elder, 1998). El envejecimiento como parte del curso vital se configura en el marco de las trayectorias de vida, donde las instituciones, las familias, los barrios y niveles económicos, los formatos vinculares, las emociones sentimientos, las representaciones sociales canalizadas como sentimientos son diferentes según el lugar donde se esté ubicado, dando lugar a una diversidad de vejez (Aguirre y Scavino, 2018).

³⁶ Según Duarte (2015), el paradigma central adultocéntrico refiere a la existencia de relaciones de poder entre los diferentes grupos o clases de edad, que no son tradicionalmente igualitarias, sino que presentan

Albertson Fineman, 2004).

Las sociedades actuales generan una serie de representaciones sociales y prácticas que producen lo que se entiende por juventud, niñez, adolescencia, vejez, basando la división de dichos grupos en función de la edad. Esta última, admite el reconocimiento de al menos tres componentes – edad cronológica, social y fisiológica–, aunque, normalmente se reduce a su primera dimensión (Arber y Ginn, 1996, citado en Bauzá, 1999, pp. 51-52 en Scavino y Aguirre, 2016, p. 4). La edad cronológica opera como andamiaje para la homogenización de un conjunto heterogéneo de personas bajo la categoría “viejo”. Las construcciones sociales en base a la misma suelen repercutir en la experiencia desigual de la ciudadanía según las distintas formas de inclusión o exclusión del goce de derechos para sectores específicos de la población, que se expresan tanto material como culturalmente. Los Estados³⁷ dirigen políticas o toman acciones en torno a las personas de un grupo de edad sin dar cuenta de la diversidad de situaciones vitales que están implicadas en el concepto de *vejeces*. “La categoría “viejo” es, por consiguiente, un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido” (Rodríguez 2006 en Sande, 2018). De esta manera, homologar edad a “vejez” genera un desconocimiento de la diversidad de experiencias de las personas a lo largo de sus trayectorias vitales al arribar a las *vejeces*. Las mismas configuran escenarios vitales que responden a la combinación de la acción y articulación conjunta de los ejes de desigualdad y poder, experiencias y oportunidades que son producto de las trayectorias vitales y de su articulación concreta de durante el curso de vida para el goce de una ciudadanía plena con el que cuentan las personas en los contextos específicos en los que se desarrollan (Alba, 1992; Arber y Ginn, 1996; Freixas, 2008; Ham, 2000; Aguirre y Scavino, 2018). De esta manera, es preciso distinguir a la vejez como un fenómeno sociocultural, biológico y psicológico que se expresa en las edades más avanzadas del curso de vida, pero que es muy diverso en función de las experiencias vitales de las personas y las culturas en las que se desarrollan, lo que da lugar a la categoría de *vejeces*, para referir a su multiplicidad de formas y expresiones (Huenchuán, 2019; Paredes, 2020; Berriel, 2007; Aguirre y Scavino, 2018).

una jerarquía en donde el adulto es superior. Las posiciones son asimétricas en favor de los adultos: estos tienen una posición de superioridad, gozan de privilegios que la cultura y la sociedad reproducen, mediante un andamiaje que se asocia al capitalismo/mercadocentrismo y a los sistemas de género/patriarcado (Duarte, 2015 y Arévalo 1996, en Krauskopf, 2020). Así, ser adulto designa el modelo ideal de persona, y en ese sentido es que se vincula fuertemente con el sistema de género, ya que la persona adulta es la imagen de un varón, independiente, en los términos definidos anteriormente en base a Albertson Fineman (2004). Este sujeto adulto es la figura central del mercado laboral y del sistema político.

³⁷ Los tramos etarios o umbrales que definen quién es una persona mayor no solo van cambiando conforme aumenta la esperanza de vida, sino también en las distintas instituciones del Estado. Por ejemplo, en Uruguay, las definiciones burocrático-administrativas plantean como edad de definición de las personas mayores los 60 años (en el caso de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo), los 65 años (en el caso del análisis estadístico producido por el Estado en torno a las personas mayores) y las políticas del sistema de cuidados que definen políticas focalizadas para personas mayores (70 años para los programas de Teleasistencia, para el programa de Asistentes Personales).

Así, el viejismo alude a un sistema cultural de discriminación específica de las personas mayores, en donde hay una extendida carga negativa en la visión, en las representaciones y en la participación social de las personas mayores, con frecuencia expuestas al sentimiento de que no tienen nada para aportar y de que ya han cumplido su papel en la familia y en la sociedad (Rodríguez, 2006 en Sande, 2018). El sistema de discriminación específico hacia las personas mayores por su condición de edad se llamó *edadismo* y fue acuñado por Robert Butler (1969), quien lo definió como “un proceso de estereotipos y discriminación sistemáticos contra las personas por que son viejas” (Butler, 1975, p. 12). Según Huenchuán (2019), el viejismo es el grupo de actitudes, percepciones sociales negativas y otros factores que originan barreras que se expresan en la forma de discriminación, limitación o impugnación reiterada del ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores. Los contextos sociales y las discriminaciones que reproducen circunscriben y constriñen la realización plena de las capacidades de las personas mayores. Como parte de esta dificultad para el pleno goce de los derechos de las personas mayores, Freixas (2021) sistematizó una lista de “violencias consentidas”: la infantilización (abuelito, abuelita), hablar con una familiaridad que no corresponde, puentear la comunicación directa (los médicos que le hablan al acompañante), la privación de la intimidad (pasar a dormir con un nieto), el control y la toma de decisiones sobre los ingresos y el patrimonio, el juzgamiento de las relaciones sexo-afectivas iniciadas durante las vejez, el juzgamiento a la sexualidad.

Al igual que las personas en situación de discapacidad, las personas mayores viven una situación “incapacitante” por parte del contexto social, ya que los procesos de ciudadanía de las personas mayores son vulnerados por el contexto, no por sus cuerpos, formas de ser o momento del curso de vida en el que se encuentren. Según Huenchuán (2019), “no es la vejez la que dificulta el ejercicio de los derechos humanos: es la concepción de la vejez la que niega el goce de esos derechos” (Moreno, 2011 en Huenchuán, 2019, p. 372).

Una forma específica de edadismo ha sido la homologación de las personas mayores con la dependencia, que, lejos de aludir a una noción del cuidado como “interdependencia”, supone que las personas mayores de por sí están “enfermas” o “no pueden” hacer y ser en la sociedad de la misma manera que las personas en los tramos etarios anteriores. La homogeneización de las personas mediante un criterio etario y su connotación como “inútil y enferma” (Federici, 2018; Freixas, 2008; Alba, 1992; Arber y Ginn, 1996; Freixas, 2008; Ham, 2000) ha derivado en una asociación rápida entre vejez y dependencia y en el surgimiento de una “nueva categoría: ‘las personas mayores dependientes’ estigmatizadas como uno de los problemas de la sociedad actual” (Ennuyer, 2004 en Urteaga, 2011, p. 22).

El edadismo introduce dos sesgos en torno a la dependencia y las vejez: el primero es considerar que todas las personas que tienen determinados años precisan apoyo, ayuda o

cuidados (aspecto que, a jugar por la proporción de personas mayores en situación de dependencia, no es verdadero para la amplia mayoría de quienes tienen 65 años y más (BID, 2022, Colacce et al, 2021))³⁸. Un segundo sesgo es considerar que la dependencia es la causante de las desigualdades sociales experimentadas por las personas mayores (Fraser y Gordon, 1994; Paperman, 2018; Tronto, 2013). Este segundo punto se expresa por ejemplo en las ciudades, en donde reside la mayor parte de las personas mayores (BID, 2022) y, por ejemplo, en donde el transporte público puede estar más o menos adaptado a las necesidades de la población cuidada y cuidadora (Arregui, et al., 2020; Vecchio, Castillo & Steiniger, 2020; entre otros).

La dependencia³⁹ es un concepto que en el marco del presente trabajo es considerado central como un criterio para la identificación de la presencia e intensidad de las necesidades de las personas. En este caso, de las personas mayores de 70 años, edad en la que comienza a acentuarse su presencia fuertemente (Colacce et al., 2021). La dependencia puede estar presente en varias poblaciones, por ejemplo, todas las personas recién nacidas necesitan de la sustitución total de la realización de tareas básicas de la vida cotidiana (como alimentarse, vestirse, asearse). No obstante, el concepto de dependencia va más allá del desarrollo de la persona en los primeros años de vida y se sitúa tanto en la permanencia de su presencia durante el curso de vida como en su progresiva aparición, también denominada pérdida progresiva de la autonomía o de “capacidades”. En el marco de este trabajo, en donde el cuidado es mirado desde una perspectiva de la inter y eco dependencia, el concepto de dependencia centralmente nos ayuda a indicar una necesidad o varias y su intensidad y frecuencia, mientras que la mirada está colocada en la red de personas, instituciones y servicios articulados para cuidar, en su materialidad y en elementos culturales asociados a los mismos. Se han construido distintos baremos para dar cuenta de la dependencia y de su carácter severo, moderado o dependiente en función del tipo de actividades que las personas pueden realizar, de con qué frecuencia necesitan apoyo para hacerlas y qué nivel de sustitución tienen⁴⁰ (Katz et al., 1963; Lawton y Brody, 1969).

³⁸ Esta forma de edadismo está presente en las estadísticas, por ejemplo, cuando al hablar de tasa de dependencia se anteponen grupos de población por criterio de edad, cuando hay una parte importante de las personas mayores que no está en situación de dependencia y este concepto se mide y define como la pérdida progresiva de autonomía de las personas para realizar tanto actividades básicas de la vida cotidiana como actividades “instrumentales”.

³⁹ Respecto a la dependencia, Fraser y Gordon (1994) señalaron que el ideal de autonomía e independencia de las sociedades modernas estuvo vinculado a la asalarización, la capacidad de participar del ámbito público, siendo principalmente la imagen de un “varón, asalariado, blanco, con vida pública” quienes efectivamente han habitado esta noción de independencia de manera más libre y frecuente. Además, desde los estudios del cuidado y los movimientos de personas en situación de discapacidad y mayores, se ha manifestado un reclamo hacia los abordajes feministas de los cuidados, por tener poco en cuenta a las personas implicadas en los mismos como parte fundamental para comprenderlos y analizarlos (Paperman, 2018; Tronto, 2013). Autoras como Kittay (2011) y Paperman (2018) señalan para el caso de las personas con discapacidad que su voz sigue silenciada tanto en las investigaciones científicas como en la elaboración de las políticas públicas.

⁴⁰ Los baremos utilizados en Europa, Norteamérica y unos pocos países latinoamericanos integran las dimensiones sobre la capacidad de realizar actividades básicas o instrumentales de la vida cotidiana. La propuesta de medición de una lista de actividades básicas para la vida diaria (distinguiéndolas en básicas e

La “objetación”, presente en los vínculos de cuidados poco respetuosos de los derechos de las personas mayores, como el de autodeterminación, suele ser parte de un tipo de relación de cuidados específica, en donde las personas cuidadoras tienen poder (y abusan del mismo) (Cerri, 2015; Huenchuán, 2019; Berriel, 2007; CIEN, 2020. Esto se expresa en la serie de violencias consentidas y de violencias en general que experimentan las personas mayores (Freixas, 2007, 2021). Según algunas analistas, la mirada objetivante ha estado presente en el paradigma médico-rehabilitador que ha permeado el diseño de las políticas de cuidados, que han tenido un carácter principalmente asistencialista, de sujeto a objeto, de activo a pasivo, desde el conocimiento hacia el desconocimiento, sin poder escuchar las necesidades expresadas por las personas mayores (Pérez Orozco y Baeza Gómez, 2006, en Cerri, 2015, p. 117). En este paradigma, el cuidado es concebido como “atención” a la dependencia (Vega Solís, 2009 en Cerri, 2015, p.117).

El vínculo activo-pasivo, sujeto-objeto está presente de manera frecuente en los análisis sobre los modelos de la dependencia y la discapacidad, en donde se plantea un contrapunto entre un modelo médico-rehabilitador (en el que la persona mayor es capturada en una lógica de “deficiencia” y por tanto es objeto pasivo de la atención y asistencia que un sistema de salud debe brindarle) y un modelo “social”, en donde la negación del sujeto no está presente y por tanto hay una asunción colectiva en la producción del lugar de las personas y su bienestar como parte de la vida en sociedad, en grupo, comunitaria (Cerri, 2015). La mirada del paradigma social integra la ya mencionada noción de interdependencia, como una mirada relacional de los cuidados que está sostenida por una red de cuidadoras que no tienen una mirada asistencialista y objetante de las personas mayores, sino que se centran en reconocerlas como personas y en el respeto de sus derechos (Sluzki, 1996; Garay, Montes de Oca y Guillén, 2014; Cerri, 2015; Huenchuán, 2019).

Al poner en diálogo a las políticas de cuidados con la noción de dependencia, es preciso

instrumentales) se remonta al trabajo de Katz, et al. (1963) desde el ámbito de la medicina, que llevó como título *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. El índice presentado fue realizado con base en la información de personas con enfermedades prolongadas o crónicas (físicas, no mentales) y expresa a la dependencia como la incapacidad de realizar sin ayuda de otros algunas actividades definidas como actividades básicas de la vida diaria. Los grados del Índice pueden ser expresiones de camino común final, al describir algunos efectos neurológicos y la respuesta locomotora del organismo (Katz et al. 1963, p.919). El artículo original plantea seis dimensiones relevantes para definir las actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, ir al baño, moverse, contenerse (continencia), alimentarse. Para cada una de ellas, plantea una definición de qué sería dependencia e independencia, estableciendo un gradiente de ayuda recibida para cada ítem (Katz et al., 1963, p. 915). Por otra parte, Lawton y Brody (1969) propusieron en Evaluación de las personas mayores: actividades instrumentales y de automantenimiento de la vida diaria, una segunda escala para indagar en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en donde mencionan la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, la preparación de comida, el cuidado de la casa, el lavado de ropa, el medio de transporte, la responsabilidad sobre la medicación, la capacidad de utilizar dinero. Para cada uno de los ítems, generan un gradiente que va desde la realización de la actividad hasta la sustitución de la acción por parte de otro (y el índice varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total)). Ambos trabajos han sido base de los baremos de dependencia más consensuados y, de hecho, en el marco del desarrollo del SNIC se realizó un baremo de dependencia para la ejecución de las políticas sociales de cuidados y se incorporó un baremo similar en la primera Encuesta Longitudinal de Protección Social aplicada en Uruguay para 2013 y 2015.

considerar qué representaciones sobre vejez y envejecimiento conllevan formas de entender a las relaciones de cuidados se expresan en ellas y cuáles son. En este sentido, si el Estado considera que el proceso de envejecimiento se trata sólo de un “proceso biológico de agotamiento psico-físico”, no da cuenta de que el mismo también se trata de “un proceso cultural de personificación del *self* y de aprendizaje que opera en las personas en tanto que actores en los dramas cotidianos de la sociedad” (Barfield, 2001 en Cerri, 2015, p. 115) lo que implica que al realizar políticas de cuidados orientadas hacia las personas mayores, las mismas deberían referirse “a las condiciones de su variación, a los efectos de esas condiciones y a las muchas formas posibles de envejecer y experimentar el proceso de la ancianidad” (San Román, 1989 en Cerri, 2015, p. 115). Cerri (2015) desarrolló un análisis de las políticas de asistencia a la dependencia y las políticas de *envejecimiento activo* en España, y reflexiona acerca de la relación entre conceptos como autonomía, dependencia y vulnerabilidad en relación convinculadas a las nociones de envejecimiento y cuidados. Encuentra contradicciones entre las prácticas y normativas de las políticas de cuidados y advierte una necesaria reconversión de las políticas de cuidados hacia políticas que integren los conceptos de *interdependencia* y *autonomía relacional* en las mismas, abandonando el paradigma “de la distinción entre cuidador (sujeto independiente) y receptor de cuidado (objeto dependiente)” (Cerri, 2015, p. 111) en un modelo de asistencia y no relacional. En el diseño de las políticas de cuidados es central que no operen representaciones estigmatizantes sobre la población que requiere cuidados y del reconocimiento de los sujetos de derecho pleno que son las personas. Las formas en las que los Estados construyen las políticas con la ciudadanía, particularmente con los grupos poblacionales a las que se dirigen en los distintos contextos, es un indicador de democracia participativa (Pateman, 1970). Así, la eficacia política, entendida como los niveles de participación que las personas de una sociedad consideran tener en los procesos de toma de decisiones políticas, particularmente las que les afectan, se aplica a una característica a tener en cuenta particularmente cuando se analiza el lugar de las personas en situación de “dependencia” en la construcción de dichas políticas (Pérez Orozco y Baeza Gómez, 2006, en Cerri, 2015, p. 117, Butler, 1975), de ellas, y de sus vínculos principales de cuidados (Kittay, 2011). Es entonces que resulta relevante tener en cuenta el papel de las personas mayores en el diseño y creación de las políticas públicas, y analizar su desarrollo material y las significaciones culturales en torno a ellas (Pfau Effinger, 2005; Cerri, 2015; Narayan, 1995; Tronto, 2013; Hochschild, 1995).

Vejece, género y ciudad

Finalmente, se propone el sentido sociológico y pragmático de estudiar las estrategias de cuidados de personas mayores en situación de dependencia en la ciudad de Montevideo y Área Metropolitana desde una perspectiva de género. Lo haremos proponiendo la relevancia de la articulación entre vejece y género, con los cuidados como epicentro de atención y por la

particular dimensión urbana en el cuidado de las personas mayores.

Tanto el género como las vejez son categorías culturales montadas sobre una base anterior biológica o cronológica, capaz de cambiar en los tres niveles durante el curso de vida (Arber y Ginn, 1996; Calasanti; 2010, Freixas, 2007, 2021; Aguirre y Scavino, 2016, 2018; entre otras).

Las trayectorias de cuidados a lo largo de la vida de las mujeres y de los varones se evidencian en la presencia de fuertes brechas de género en las vejez: las brechas de buena salud, las de ingresos y las de exposición a situaciones de violencia significativamente diferentes entre varones y mujeres, siendo siempre peor en el caso de las segundas, aunque con diferencias según sus niveles educativos, económicos y situaciones étnico-raciales (Calasanti, 2010; Chen et al., 2021; Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2022).

Las diferencias en las brechas de género en la salud son extremadamente relevantes y están en detrimento de las mujeres, a pesar de su mayor longevidad respecto a los varones. La salud de las mujeres en relación conse ve afectada por mayor presencia de la dependencia en relación con los varones, y además, las mujeres presentan mayor proporiión de diagnósticos vinculados con la salud mental (Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2022). La atención de la salud mental, por ejemplo, en el sistema sanitario uruguayo ofrece atención “accesible para las personas con demencia, pero da una respuesta muy limitada en cuanto a tratamientos, no cumpliendo con el estándar de calidad y buenas prácticas definido internacionalmente. El tratamiento brindado es exclusivamente farmacológico y no existe disponibilidad de tratamientos psicosociales dentro del propio sistema de salud” (Pérez Fernández, 2018, p. 139). Así, las mujeres son quienes más cuidan durante toda su vida, quienes más cuidados necesitan en sus vejez y quienes cuentan con menores servicios y planificación de trayectorias de acompañamiento. En este sentido, el interés de esta investigación se coloca sobre una población que ha cuidado durante toda la vida, de maneras diferentes según otros ejes de desigualdad social, pero que en general no cuenta con estrategias de cuidados previstas.

Se ha debatido sobre el papel del género en esta etapa. A decir de Wilson (1996): “En la vejez avanzada, los estereotipos de las relaciones de género ya no se aplicaban a grandes áreas de la vida cotidiana. Los antiguos roles habían desaparecido, pero no se habían establecido nuevas formas de comportamiento, marcadas por la sociedad, quizá porque, hasta hace muy poco, la vejez avanzada no era una fase corriente de la vida” (Wilson, 1996 en Guajardo y Huneeus 2003, pp. 25-30). Gail Wilson (1996, p. 149) señaló que el alargamiento de la vida implicaba un espacio de construcción de roles de género nuevo, ya que no existen “expectativas claras” sobre qué se espera de las mujeres y de los varones en esta nueva etapa. Por un lado, las mujeres pueden contar con una “nueva libertad”, muchas aun a partir de su único vínculo con la recepción de dinero propio ante una pensión por fallecimiento de su pareja, otras por “liberarse” de la carga

de trabajo que haya implicado la pareja en el último tiempo de convivencia (Rose y Errollyn, 1996, pp. 163-181). Al respecto, Hank y Jurges (2007) señalan la existencia de parejas mayores más tradicionalistas (los varones participan poco o nada en el trabajo no remunerado) y otras que tienen un comportamiento más equitativo. En cuanto al uso del tiempo, la reducción de las brechas de tiempo dedicadas al cuidado entre varones y mujeres de parejas heterosexuales se vincula con la mayor dependencia entre las mujeres (Arber y Ginn, 1996, pp. 25-30). Sin embargo, los relatos acerca de cómo los varones asumen estos nuevos roles de cuidadores evidencian disconformidad, cansancio, enojo y disgusto (Moreno, 2007) y también la “feminización” del significado del cuidado en alusiones relativas a que les toco ser algo “madres”. No obstante, De Beauvoir (2012), en “La vejez”, ya señalaba una doble invisibilización de las mujeres mayores por ser viejas y por ser mujeres, en donde sus aportes a la economía son doblemente invisibles ya que el trabajo no remunerado de cuidados que las mismas realizan no recibe la misma atención que el que el que realizan las mujeres en otras etapas reproductivas, principalmente por la tensión que se instala por realizarse en un momento del curso de vida en donde cuidar está directamente en competencia con la posibilidad de la participación de las mismas en el mercado laboral⁴¹. Y en el caso de Freixas (2007), no sólo cree que hay roles de género claros en las vejeces, explorando las vejeces homosexuales de las mujeres (Freixas, 2021), sino que además pone de manifiesto los múltiples mitos y prejuicios que existen sobre las viejas y sobre algunas transiciones hacia la vejez, como, por ejemplo, la menopausia.

Algunos rasgos estructurales de las desigualdades de género según Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala (2022): las mujeres se vuelven altamente dependientes del sistema de pensiones una vez que se salen del mercado laboral, en un marco en donde en la totalidad de los países de la OCDE la provisión estatal de bienestar en general es baja (Högberg et al. 2017 en Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2022). La morbilidad tiene frecuentemente una mayor presencia en la población de mujeres, quienes se autoperciben con niveles de salud más bajos que los varones y suelen tener mayor presencia de enfermedades limitantes y crónicas a largo plazo. Esta peor situación de las mujeres respecto a los varones se conoce como la paradoja “mujer-varón” en la salud (Serrano-Alarcón y Perelman, 2017).

Sumado a esto, corren mayor riesgo de enviudar, de cuidar de sus parejas o hermanas,

⁴¹ De hecho, el reconocimiento empírico del trabajo de cuidados realizado mediante las Encuestas de Uso del Tiempo en la región no ha captado adecuadamente el trabajo de cuidados realizado para las personas mayores, estableciéndose un sesgo hacia el cuidado de niños/as, y una interpretación general del Trabajo No Remunerado que desconoce el peso que el cuidado para las personas en situación de dependencia conlleva para los hogares. En este sentido, hasta la no influencia de las presiones sociodemográficas, el trabajo de cuidados hacia las personas mayores ha sido menos desarrollado en los análisis empíricos tanto de uso del tiempo como de investigación centrada en la “conciliación” familia trabajo, lo que condujo a indagar en el cuidado de niñas y niños en tensión con las oportunidades de las mujeres en el mercado laboral (Batthyány, 2015; Aguirre y Ferrari, 2010).

sin volver a contraer pareja (Carmelo, 2019 en Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2022). Esto conlleva una alta presencia de mujeres mayores que viven solas, entre quienes, si bien no todas están en situaciones de dependencia, los riesgos de accidentes y de falta de atención ante un accidente son altos. Este fenómeno, que se desarrolló de manera temprana en los países del norte de Europa, ha tenido como correlato la expansión de mayores servicios sanitarios, pero particularmente de cuidados y cuidados comunitarios, con el fin de acompañar a las personas mayores que viven solas o requieren cuidados (Pavolini y Ranci, 2013). Allí, las muertes en solitario de las personas mayores pasaron a representar problemas sociales relevantes a los que dar respuesta colectivamente (Nelson-Becker y Victor, 2020; Caswell, 2022). En Latinoamérica, en donde Uruguay parece una excepción, buena parte de las personas mayores viven con otras personas, producto de la cultura familista o comunitaria, y de los escasos recursos para la vida en solitario (BID, 2022), lo cual abre preguntas al respecto de cuántas, cómo y en dónde están las personas que mueren solas y cómo se tramitan dichas muertes.

La mayor parte de las personas mayores vive en las ciudades, y en ellas los formatos de descuido están latentes en la estructura urbana, que divide el ámbito privado de lo público (particularmente el abuso y maltrato que pueden experimentar tanto las personas mayores como las personas cuidadoras). En su vida cotidiana en la ciudad, las personas mayores aportan cuidados tanto para niños/as como grandes cargas de realización de trabajo doméstico (Vandell et al., 2003, p. 375; Gauthier y Smeeding, 2003, pp. 250-251 en Aguirre y Scavino, 2016), siendo que las mujeres lo realizan más que los varones (Bianchi et al., 2000; Breen y Cooke, 2005; Shelton y Jhon, 1996 en Hank y Jurges, 2007, p. 400, en Aguirre y Scavino, 2016). Sin embargo, muchas veces el mobiliario urbano, la planificación urbana, la señalética, los entornos, el transporte, son hostiles con las personas mayores. Tanto es así que se ha desarrollado un programa para fomentar que las ciudades sean “amigables” desde el sistema de Naciones Unidas. El mismo, a la vez, busca reconfigurar y restituir vínculos intergeneracionales y el cabal desarrollo de políticas de cuidados diversas, interconectadas entre sí, desarrolladas desde una perspectiva temporal en donde se articulen las distintas propuestas disponibles (Biggs, Carr y Haapala, 2015, p. 328; Biggs y Carr, 2015, p. 100; Paredes y Pérez, 2014; Huenchuán, 2010).

Si al hecho de que las mujeres tienen más altas tasas de dependencia y enfermedades crónicas se le suma que mantienen fuertes brechas de género en los ingresos en las vejez se delinea que, ante una aún fuerte ausencia del Estado en los cuidados, las mujeres mayores son uno de los grupos más vulnerables de las sociedades occidentales. La necesidad de llevar adelante acciones para colectivizar y redistribuir los cuidados por medio del desarrollo de servicios directos por parte del Estado mediante el planteo de matrices de desarrollo de la protección social y, particularmente, de los sistemas de pensiones y jubilaciones se posiciona como uno de los desafíos centrales para promover los derechos de las personas, en vez de naturalizar las

peores formas de vida dentro de la cultura, atendiendo particularmente a sus niveles de suficiencia (Hochschild, 1995; Calasanti, 2010; Chen, et al., 2021; Gómez-Costilla, García-Prieto y Somarriba-Arechavala, 2022; Aguirre y Scavino, 2018, 2016).

En este marco, Uruguay ha declarado cuidar de las personas, siendo el Estado el rector de las políticas de cuidados y contribuyendo explícitamente a la modificación de la división sexual del trabajo en el país. Cuidar bien implica desarrollar directamente servicios de calidad, lo que a su vez supone capacitar y formar a las cuidadoras y personas implicadas en los cuidados y generar las infraestructuras adecuadas para ello, además de la institucionalidad necesaria para establecer un seguimiento continuo de los programas y acompañar su implementación con equipos multidisciplinarios de trabajo. Por otra parte, implica buscar que el trabajo remunerado de cuidados aumente su valor en el mercado, reconociendo su valor y los nuevos niveles de formación adquiridos por las cuidadoras, lo cual contribuiría a cerrar las brechas de género en el mercado laboral. Esto permitiría garantizar que el trabajo de las mujeres derivado desde los hogares hacia el sector cuidados, tuviese el reconocimiento que no tiene estando en la órbita doméstica/privada. En este contexto, la pregunta acerca de cómo es la organización social del cuidado de las personas mayores en Montevideo y Área Metropolitana es una pregunta que tiene un particular sentido ante el montaje y despliegue de los primeros cinco años de políticas de cuidados en el único país de Latinoamérica que cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

4. ANTECEDENTES

El presente trabajo se sitúa en Montevideo y el Área Metropolitana, por el hecho de que es la capital del país pionero en América Latina en desarrollar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, en donde se expresa el mayor desarrollo del Estado y también la mayor presencia de personas mayores en el país. Además, es desde y en donde el Grupo de Investigación de Sociología de Género ha realizado sus principales investigaciones, incluso la Encuesta de Estrategias de Cuidados que es central en el marco de la presente tesis. Si bien este trabajo no tiene fines comparativos, al ser importante la reflexión sobre los modelos de bienestar y la organización social del cuidado, en los antecedentes se resumen algunos de los análisis relativos a las estrategias de cuidados en el ámbito europeo y algunas experiencias en el caso Latinoamericano. También se busca situar al lector en el contexto uruguayo y enumerar algunas características generales sobre los cuidados de las personas mayores en cuanto a la materialidad y algunos elementos culturales de las mismas presentes en investigaciones antecedentes.

Estrategias de cuidados en Europa y América Latina

Antes de adentrarnos en Montevideo y Área Metropolitana y siguiendo los antecedentes que señalan que en Uruguay prevalece una matriz familista, similar a los regímenes mediterráneos (Batthyány, Genta y Perrotta, 2012), es de interés repasar brevemente los arquetipos de trayectorias de cuidados en las vejeces presentes en Europa. Da Riot (2010) ha propuesto dos estrategias arquetípicas a partir del estudio de dos casos (“two most different cases”): Italia (modelo mediterráneo, fuertemente familista) y los Países Bajos (modelo con fuerte involucramiento del Estado). Su análisis contempla tanto el desarrollo de la institucionalidad y las políticas públicas como el desarrollo del mercado y la relevancia de los mismos en la generación del bienestar y del tipo de estrategias de cuidados, desde antes de 1990, durante y hasta los 2000. En 1990, los países de Europa del Sur contaban con escaso soporte del Estado para los cuidados por lo cual la responsabilidad sobre los mismos se localizaba en las familias. La carga de cuidados era “intensa” y no había opciones reales para elegir si cuidar o no, más allá de su voluntad de hacerlo. En los Países Bajos, en los noventa, la expansión de servicios del Estado para garantizar cuidados de larga duración implicó una menor intensidad del trabajo de cuidados para las familias y una mejor distribución en su asunción entre distintos miembros de la familia (Daatland, 1990; Ogg and Renault, 2006; Igel et al., 2009; Albertini et al., 2007 en Da Riot, 2010, p. 11). El punto de inflexión de los noventa refiere a un momento en el que “el set de las tendencias de las políticas sociales en el campo del cuidado de las personas mayores comenzó a ser observada en la mayoría de los Estados europeos. Dos factores fueron prominentes en este proceso: las preocupaciones financieras y la ideología del empoderamiento del cliente (y su responsabilización)” (Da Riot, 2010, p. 12). La autora, en su estudio sobre las estrategias de cuidados de personas mayores en Europa, señala siete aspectos característicos de este giro de las políticas de cuidados en Europa de los noventa:

1. Reducción de Centros de Larga Duración (CLD) para personas mayores ante aumento de cuidados domiciliarios (“menos costosos”) acompañado de la idea de que el cuidado más deseable sea en casa y con la Familia (Hutten y Kerkstra, 1996; Jacobzone et al., 1999, en Da Riot, 2010, p. 12)
2. Derivación de los costos de cuidados (principalmente de enfermedades crónicas) desde los sistemas de salud hacia los hogares (menos camas de cuidados de larga duración en hospitales y en CLD con subvención pública o públicos (OECD, 1996b; Pacolet et al., 2000 en Da Riot, 2010, p. 12)
3. Presión demográfica y leve desinstitucionalización. Estrategias de reducción de costos del Estado (criterios de elegibilidad más estrictos) y derivación hacia cuidados domiciliarios (copagos más altos para beneficiarios) (Knijn, 2001; Szebehely, 2005 en Da Riot, 2010, p. 12).
4. Crecimiento de cuasi-mercado de cuidados basado en la separación de la producción (supone competencia entre proveedores privados y el Estado, que supuestamente generaría una “nueva gestión pública”) y la compra de servicios a menor costo y con mayor “flexibilización de la oferta”. Derivación desde el sector público al privado (tercerización) en los noventa en casi todos los países europeos incluyendo a Suecia y Dinamarca (Barlett y Le Grand, 1993; Ferlie et al., 2007; Domberger, 1998; Young, 2000 en Da Riot, 2010, p. 12).

5. Transferencias monetarias como nuevos formatos de provisión social de servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia, en lugar de proveer directamente servicios de cuidados, bajo el modelo de “elección del consumidor” (Weekers y Pijl, 1998; Pacolet et al., 2000 en Da Riot, 2010, p. 12). “Mercantilización de los cuidados” orientado a la demanda para un cliente “empoderado” que elije (Da Riot, 2010, p. 12).

6. Mayor énfasis en la informalidad del cuidado. Las estrategias derivadas a los hogares en formatos de servicios de cuidados en domicilio dependen en buena medida de la disponibilidad de recursos formales, en donde la misma durante 24 horas es probablemente tan costosa como el desarrollo de servicios formales (OCDE, 1996b). Ante la ausencia de dicha disponibilidad de cuidadores formales, el cuidado informal se convirtió en una forma de cuidados más importante y barata que se desarrolló y se sostuvo en el tiempo (Zandbergen, 1995 en Da Riot, 2010, pp. 12-13)

7. La descentralización de las políticas sociales y el complejo entramado entre los gobiernos centrales y locales en la Europa continental y el Reino Unido, en donde las reglamentaciones nacionales están abiertas a diversas interpretaciones por parte de las autoridades locales. Los niveles de prestación de servicios de cuidados en relación con los lugares de residencia, tanto en términos de calidad como de cantidad, son variados (Hanssen, 1997; Kroger, 1997; Trydegard y Thorslund, 2001 en Da Riot, 2010, p. 13). La misma se vio reducida sobre todo a nivel local a lo largo de la década de 1990, en países como Suecia, en donde una interpretación más estricta respecto a las reglas de cuidados, un sistema de honorarios como elemento disuasorio y la reorganización de la oferta, que redujo la continuidad del personal, se han utilizado para limitar el acceso a la atención domiciliaria (Trydegard, 2003 en Da Riot, 2010, p. 13). Este poder discrecional a nivel local implicó lo que se denominó el surgimiento de “municipios de bienestar” (Simonen y Kovalainen, 1998 en Da Riot, 2010, p. 13).

Como balance, luego del giro de los noventa, se destacan cambios en las estrategias de cuidados para personas mayores en ambos modelos. En el de los Países Bajos, en donde desde 1960 se cuenta con un seguro colectivo que cubre los costos de larga duración, es decir, de un sistema de transferencias monetarias principalmente a los prestadores privados de cuidados, hubo una leve reducción de la oferta de servicios por un aumento del valor de los mismos en el mercado, sin embargo, la mayoría de las personas siguieron accediendo a centros de larga estadía costeados por el Estado y resistiendo culturalmente al modelo de liberalización del cuidado⁴² (Da Riot, 2010, p. 149). En el de Italia, el familismo fue complementado con políticas de transferencias monetarias para cuidados de personas en situación de dependencia severa y fomentando la existencia de “un mercado de cuidados poco regulado basado en la inmigración” (Da Riot, 2010, pp. 150-151 y 154).

Rodríguez Cabrero (2007) señaló la particular expresión de desfamiliarización y asunción pública de las responsabilidades en el caso de los países nórdicos, pasando de un modelo residual, asistencial y apoyado en el trabajo no remunerado de las mujeres en las familias a uno

⁴² Desde la década de los noventa, las políticas de cuidados de los Países Bajos experimentaron un cambio de esquemas institucionalizadores al intento de desarrollo de un modelo de “elección- empoderamiento del consumidor”, en donde se planteó un viraje desde un sistema institucional universal e individual de cuidados hacia el intento de la ponderación de la elección individual de las personas que estaría garantizada por un nuevo esquema de políticas de transferencias monetarias para el cuidado de personas mayores en situación de dependencia y la mejora de la oferta de servicios de cuidados estimulados por una mayor competencia entre los proveedores (Knijn, 2001).

de “socialización creciente del riesgo” (Rodríguez Cabrero, 2007, pp. 42-43). Entre los dos tipos de estrategias de cuidados extremos –por un lado la alta formalización de servicios de provisión pública (Países Nórdicos) y por el otro el de familismo con complemento de contratación de servicios privados de cuidados domiciliarios, en un mercado informal y mal remunerado (modelo Italiano)–, Rodríguez Cabrero ubica al régimen continental en donde la “acción protectora se incardina en el sistema sanitario bajo el paraguas de la Seguridad Social (Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo, Flandes), con financiación mixta (cotizaciones, impuestos y copago) y bajo formas de gobierno descentralizado y modelos mixtos de gestión. El modelo anglosajón sigue anclado en fórmulas de tipo asistencial y con una creciente expansión de la oferta mercantil de servicios y, en gran medida, separado de la atención sanitaria” (Rodríguez Cabrero, 2007, p. 44). Los modelos de provisión de servicios y políticas de cuidados se expresan también en el porcentaje del PIB que es invertido para su financiamiento, siendo en el caso de los países nórdicos cercanos a 3%, de 1,5% en los regímenes de tipo continental, mientras que en Italia y España representa 0,5 puntos del PIB (Rodríguez Cabrero, 2007, p. 46).

Rogero García (2010) abordó las estrategias de cuidados para personas mayores en España, definiendo dentro de las mismas el tiempo de trabajo no remunerado y remunerado como parte central. Mostró que la mayor parte del trabajo de cuidados es realizado de manera no remunerada, por parte de las mujeres de las familias, y lo sitúa como un modelo “complementario” de cuidados entre familia y mercado (similar al modelo italiano en Da Riot, 2010). Las características del trabajo remunerado de cuidados (principalmente de atención domiciliaria) son similares a las de Italia, donde existe una fuerte transnacionalización de la mano de obra (40% del total de las personas empleadas en el sector son de otras nacionalidades y sólo el 17% está inscripto en la seguridad social). En este marco, existen servicios públicos de cuidados de muy escasa cobertura y son los menos utilizados por la población y el acceso a los servicios de larga duración presenta una segmentación importante en función de los niveles socioeconómicos de los hogares (Romero Balsas, 2012, p. 201). El modelo complementario que propone la mercantilización de parte del cuidado está particularmente presente en los hogares en donde las capacidades familiares no son suficientes para hacer frente al cuidado de las personas, particularmente de aquellas con dependencia severa, de hogares unipersonales y con redes de cuidados reducidas. Mostró que, en España, un 8% de las personas mayores en situación de dependencia no contaba con ningún tipo de cuidados y en la mayoría de los casos en que los reciben, la principal figura cuidadora son las parejas y las hijas mujeres, luego otros miembros de la familia y finalmente, en caso de que sea posible, se integra a los cuidadores informales (Rogero García, 2010). En el estudio de los determinantes de las estrategias de cuidados, se destacó que hay mayores probabilidades de recibir trabajo no remunerado de cuidados cuando la persona dependiente es un varón (siendo que las mujeres viejas son más longevas, conviven durante más tiempo con la dependencia que los varones y son la mayoría de las personas en

situación de dependencia), cuando el tamaño de la red social es pequeño y cuando se vive en el ámbito rural (Romero Balsas, 2012, p. 203). Los mayores niveles de dependencia aumentan la probabilidad de contar con mayor trabajo de cuidado tanto informal como formal, aunque en la opinión pública la preferencia en España sigue siendo principalmente familista (56% considera que es la familia que tiene que hacerse cargo de los cuidados), que se acompaña de una importante aceptación de la profesionalización de los cuidados (44%) en dicho país (Romero Balsas, 2012, p. 203). Los hogares con mayor propensión a ser cuidadores (que resida en ellos una persona cuidadora y otra cuidada) son aquellos con menores ingresos y los que cuentan con menores cantidades de cuidadores promedio y los hogares ubicados en las ciudades a diferencia de los hogares rurales. En cuanto al perfil, las cuidadoras se caracterizan por ser mujeres de 55 a 60 años y no estar ocupadas en el mercado de empleo; y quienes menos participan del cuidado son los varones de 35 a 45 años, con una relación de parentesco relativamente lejana a las personas mayores y ocupados en el mercado laboral. Rogero (2010) señala que la recepción de ayuda económica externa para el cuidado no depende tanto de los niveles de dependencia, sino de factores contextuales como lo ingresos y el sexo de las personas cuidadoras, lo que pone de manifiesto que las políticas no garantizan el derecho al cuidado de las personas en situación de dependencia en pie de igualdad. Según Moreno et al. (2016), tras el desarrollo de la Ley de Dependencia en España, el modelo general en dicho país continúa siendo “en casa y con la familia”, algo que ya indicaba Tobío et al. (2010), aunque señalando una diversidad en los niveles de envejecimiento entre España “del sur” más envejecida y “del norte”.

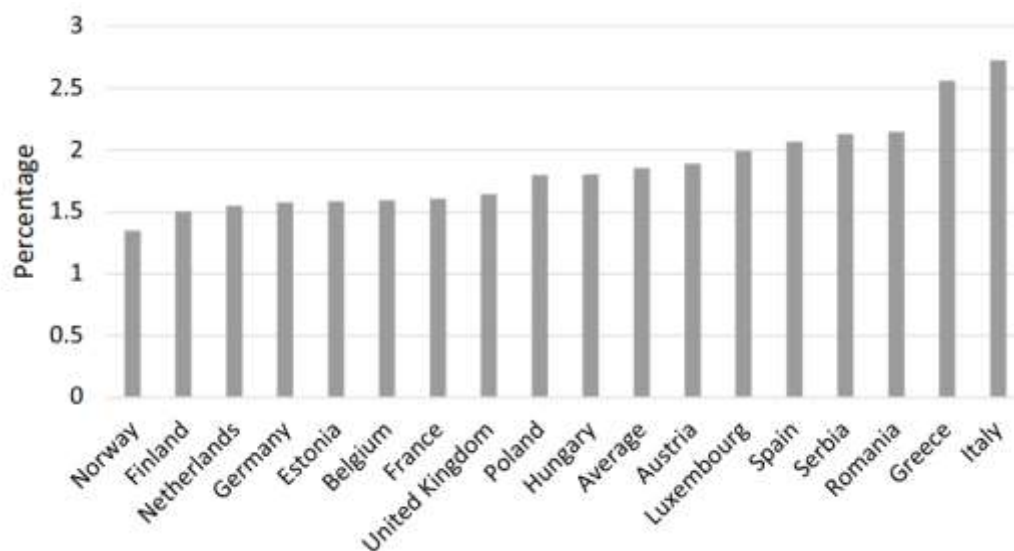
Reportes de la OCDE permiten conocer grupos de países con porcentaje de uso de cuidados domiciliarios, y la cantidad de camas en centros de larga estadía por país permite reconocer una expansión de ambos tipos en Europa, aunque con importantes diferencias. Los datos de autorreporte de uso de servicios de cuidados en domicilio según dependencia en Europa sobre el total de las personas de 65 años o más permiten distinguir países de uso alto (Bélgica, Dinamarca, Holanda, Noruega y en menor medida también Alemania y Francia) siendo próximo a 50% en el caso de las personas con dependencia severa y entre 20% y 10% en el caso de las personas con dependencia moderada. Un segundo grupo está conformado por Irlanda, Luxemburgo, Finlandia, Austria, Suiza España, Italia y Croacia (entre 42% y 29% de personas con dependencia severa sobre el total de las de 65 y más con cobertura y de 10% o menos en el caso de las personas con dependencia moderada). Y un tercer grupo: Malta, Hungría, Grecia, Chipre, Polonia, Croacia, Serbia, Portugal, Eslovenia, Letonia, Lituania, Eslovaquia, Bulgaria, Estonia, Rumania, que presentan entre un 30% y 5% de atención domiciliaria para personas mayores con dependencia severa y menos de 5% en el caso de las personas en situación de dependencia moderada⁴³.

⁴³ Ver Gráfico 1 en Anexos.

Según los porcentajes de personas de 65 años y más que residen en centros de larga estadía en algunos países de Europa, Norteamérica y Asia, se encuentra que Lituania, Bélgica, Islandia y Australia presentan los mayores porcentajes (entre 6 y un 10,1%), seguidos de Luxemburgo y Suiza (5,1%) y un extenso grupo de países entre 4,6% y 3% (Eslovenia, Finlandia, Estonia, Holanda, Nueva Zelanda, Alemania, Suecia, Francia, Estados Unidos, Noruega, Canadá, Eslovaquia, Dinamarca e Irlanda). Finalmente, en un cuarto grupo con menos de 3% y más de 2,4% se encuentran Japón, Hungría, Corea, Republica Checa, y con menos de 2,1%, España, Israel, Polonia y Lituania. En este último grupo se ubicarían los países latinoamericanos, como se muestra más adelante⁴⁴. Todos son superiores a los porcentajes observados para los países latinoamericanos.

Los países como Noruega, Finlandia, Holanda, Alemania, Estonia, Bélgica, Francia y el Reino Unido presentan menores brechas en el trabajo no remunerado realizado por varones y mujeres, seguidos de Polonia, Hungría (todos hasta aquí, por debajo del promedio), siendo que Bélgica, Dinamarca, Holanda, Noruega, Alemania y Francia son los países con mayores tasas de trabajo de cuidados en domicilio y que todos cuentan con más de 4% de PM residiendo en Centros de Larga Estadía. Con mayores brechas de género en el trabajo no remunerado, se encuentran Austria, Luxemburgo, España, Serbia, Rumania, Grecia e Italia, siendo que las trayectorias mediterráneas se basan en un mayor familismo, mayor ausencia del Estado y contratación de trabajo doméstico en domicilio para el cuidado de las personas mayores.

Gráfico 1. Brecha de trabajo no remunerado (ratio tiempo de las mujeres sobre tiempo de los varones)



Fuente: Campaña, Giménez-Nadal, Melilla (2023, p.528)

Finalmente, es de interés notar que algunas iniciativas de cuidados en el continente europeo han surgido de la comunidad, a veces con apoyos de gobiernos municipales, lo cual abre

⁴⁴ Ver Gráfico 2 en Anexos.

la pregunta sobre la articulación entre las propuestas comunitarias y el desarrollo de políticas de bienestar desde los cuidados en el centro del mismo. Destacamos dos: los *Cohousings*, muy presentes en Estocolmo, Dinamarca, Alemania y Francia, en donde se plantea un formato de vida comunitario con servicios diseñados para las necesidades de las personas durante el envejecimiento. Un estudio en el País Vasco ha sistematizado las diferentes opciones de *Cohousing* en los antecedentes⁴⁵, en el mismo distinguen Viviendas Comunitarias (*Cohousing*⁴⁶), Apartamentos tutelados y Residencias Geriátricas (Centros de Larga Estadía). Varios estudios internacionales muestran, en distintos diseños de *Cohousing*, el impacto en el bienestar de las personas mayores (Heidrun Wankiewicz, 2015). Por otro lado, las experiencias comunitarias territoriales como son los planes Radars⁴⁷ y Súper Manzanas⁴⁸ desarrollados en Barcelona se basan en la idea de que el barrio y los circuitos cotidianos de las personas mayores son fundamentales para cuidar y para integrarlas a la vida urbana, la cultura y la comunidad barrial.

En el caso de Latinoamérica, las respuestas estatales, colectivas y de mercado son de carácter incipiente y desorganizadas, en un marco en donde sólo dos países apenas cuentan con estimaciones de la población en situación de dependencia (Chile y Uruguay). El desarrollo de políticas públicas es de carácter focalizado en cuanto a su cobertura, los Estados han desarrollado principalmente dos formas de políticas de cuidados: las transferencias monetarias asociadas a la dependencia y el desarrollo de servicios de atención domiciliaria, siendo muy escaso en casi todos los países el desarrollo de servicios de cuidados de larga duración (BID, 2022). Esto se torna de mayor relevancia para el caso de las mujeres viejas, puesto que son quienes tienden a contar con menores redes de convivencia (mostramos anteriormente los altos porcentajes de hogares unipersonales) y además son quienes conviven durante más tiempo con situaciones de dependencia (BID, 2022).

⁴⁵http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_subvencionadas2/es_def/adjuntos/beca.2015.1.arquitecturas.del.cuidado.pdf

⁴⁶ Apartamentos privados completos que cuentan con espacios y/o servicios comunes compartidos por las personas residentes que están basadas en sistemas de organización interna horizontales y fomentan la colaboración interna para la consecución de los objetivos. Esto supone la existencia de una personalidad jurídica o formal para el colectivo, unos modos de gestión específica y con soberanía vecinal en la toma de decisiones (Mogollón García, I. y Fernández Cubero, A., 2016, p. 28).

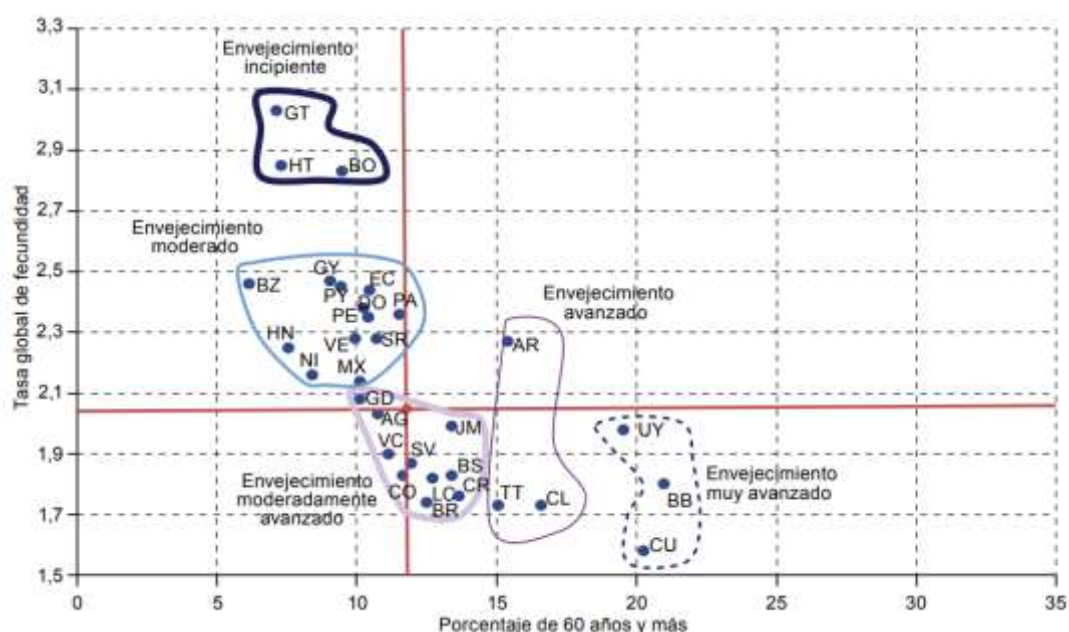
⁴⁷ ¿Qué es el Proyecto RADARS? Es una red de prevención en la que participan vecinos, vecinas, comerciantes, personas voluntarias y profesionales de las entidades y servicios vinculados al barrio. ¿Cuál es el objetivo? Ayudar y facilitar que las personas mayores que han elegido seguir viviendo en su casa, puedan hacerlo en condiciones de bienestar y seguridad con la complicidad de su entorno. La prioridad es reducir la soledad y el riesgo de aislamiento y exclusión social. ¿A quién se dirige? A personas mayores que viven solas, se sienten solas, o están acompañadas de personas mayores o en situación de dependencia. Tomado de: <https://www.apoyatusalud.com/wp-content/uploads/2015/10/guia-proyecto-radars.pdf>

⁴⁸ Para conocer en profundidad el plan y sus potencialidades, se sugiere la visita: <http://www.bcnecologia.net/es/modelo-conceptual/supermanzana>

Rasgos de la protección social y de los cuidados de las personas mayores en la región

Los escenarios de envejecimiento poblacional en los diferentes países de América Latina y el Caribe pueden ser definidos a partir de la relación entre la tasa global de fecundidad y el porcentaje de personas de 60 años y más. Uruguay se ubica entre los países de “envejecimiento muy avanzado”, caracterizado por tener tasas globales de fecundidad menores a 2,1% y una proporción de personas de 60 y más sobre el total de la población de más del 18% (Huenchuán, 2018, p. 32).

Gráfico 2. América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, 2015-2020.

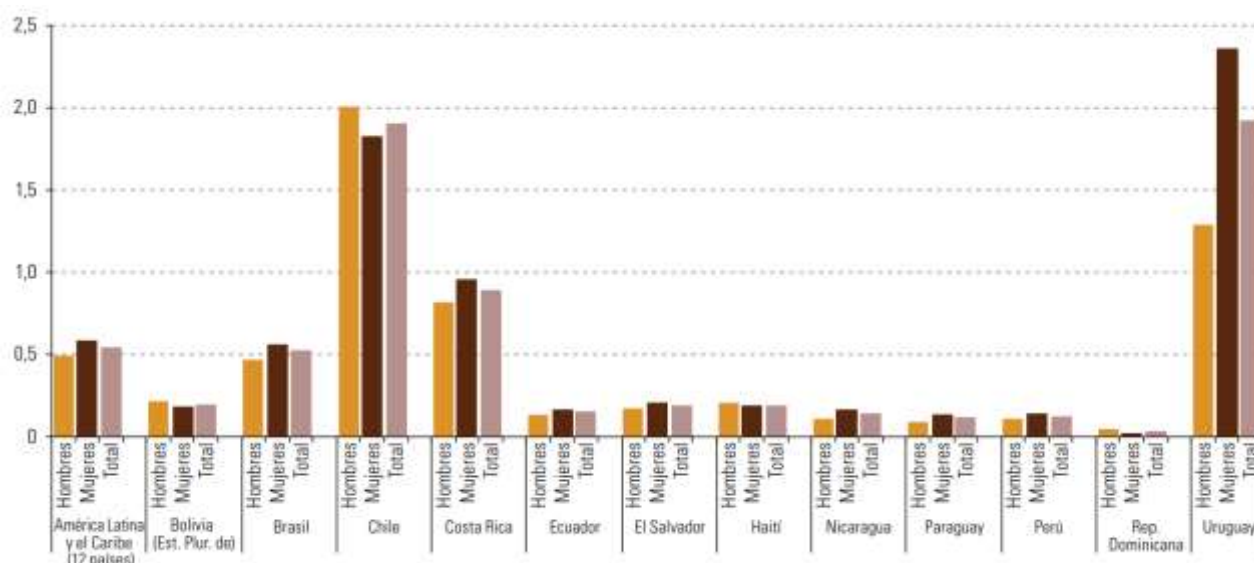


Fuente: Naciones Unidas, “*World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*”, Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>, en Huenchuán, 2018, p. 32, Gráfico I.7)

Con diferencias entre los países, este proceso fue iniciado en Europa antes en el tiempo, y avanzado en el reconocimiento de derechos sociales, desarrollando servicios y políticas de cuidado de larga duración, como transferencias monetarias para cuidado en domicilio y en menor medida creación de centros de cuidados públicos y de calidad por parte del Estado (Pavolini y Ranci, 2008; Pavolini y Ranci, 2013; Gori et al., 2016). Se ha destacado que, en América Latina, la carencia en infraestructura y servicios, la ausencia de formación adecuada de trabajadores del cuidado, la escasa inversión fiscal en cuidados de larga duración y la perspectiva únicamente médica en la generación de servicios de cuidados se vinculan con el déficit de oferta de cuidados accesible para la ciudadanía (Acosta, Picasso y Perrotta, 2018, p. 199; Nichols et al., 2010 y Boyer et al., 2020).

Un indicador de las diferencias en los procesos de envejecimiento y la vida en centros de larga duración, en buena parte de los países de Europa analizada anteriormente, es el porcentaje de personas que residen en centros de larga estadía sobre el total de las personas de 65 años y más en América Latina. En el caso latinoamericano, Chile y Uruguay destacan, pero contando con menos de un 2,5% de las personas mayores residiendo en establecimientos de larga estadía. Los antecedentes⁴⁹ indican que en ambos países se trata en su mayoría de empresas de cuidados, es decir, de servicios desarrollados por el mercado y no parte de la infraestructura estatal. Costa Rica es el tercer país con mayores porcentajes de personas mayores que viven en centros de larga estadía. Así, en la región, la institucionalización total como estrategia de cuidados es muy incipiente, por no decir que está aún ausente en la mayoría de los países, por lo que se torna un reto central para los Estados descomprimir las cargas de cuidados de los hogares y garantizar los derechos de las poblaciones al cuidado en el marco de un acelerado proceso de envejecimiento poblacional (CEPAL, 2020).

Gráfico 3. América Latina y el Caribe: personas mayores (65 y más) que viven en residenciales de largo plazo, por sexo, según Censos con fechas cercanas a 2010.



Fuente: Cepal 2020b: 21.

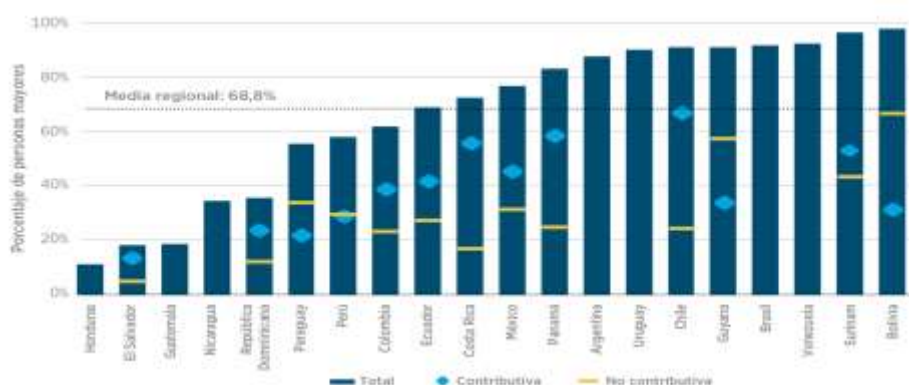
Las situaciones de los países en América Latina, a juzgar por la calidad de vida de las personas mayores y por el desarrollo de la protección social, son extremadamente desiguales. Por ello y por la multiculturalidad, riqueza característica de esta región, es complejo arribar a comparaciones entre los países, particularmente por el hecho de que el Estado y Estado de bienestar no están presente en la mayoría. En este marco, Uruguay presenta los mayores índices

⁴⁹ Para el caso uruguayo, más de un 70% de los Centros de Larga Estadía para Personas Mayores son privados y su mayoría no contaba en 2015 con habilitación del Estado (SICE, 2015). En el Caso chileno, para el mismo año, el Estado desarrolló el Servicio de Atención para Adultos Mayores (SEAMA), en donde desarrolló Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), pero los mismos no cubren ni a un 1% de la población, a alcanzando un 0,8% (Asesoría Técnica Parlamentaria, 2016)

de formalidad del empleo en la región, aunque los niveles de pobreza infantil en relación con otras poblaciones son los más altos, y alcanzan el 17%, lo que implica la presencia de un balance intergeneracional y de las preguntas acerca de la reorientación del diseño de las políticas sociales de cuidados de manera integral durante el curso de vida. La pobreza (medida por el método de ingreso) en Uruguay es significativamente mayor para los niños/as y adolescentes hasta 17 años en relación con la población de 65 años o más⁵⁰ (BID, 2022, pp. xviii y xix).

En la región la mejora en la calidad de vida de las personas mayores desde comienzos de 2000 se ha visto incrementada por un mayor acceso a los ingresos propios, particularmente a las pensiones no contributivas. Considerando las presiones que el aumento de personas mayores en situación de dependencia ejercerá sobre los sistemas financieros, se ha estimado que para mantener los escenarios de cobertura de las pensiones deberá pasar del 11% del PIB de 2020 a un 18,9% en 2050 (BID, 2022, p. xviii).

Gráfico 4. Cobertura de pensiones en personas mayores de 65 años, 2019



Fuente: BID, 2022, p. 45.

Uruguay es el país con el índice de cobertura universal de servicios esenciales de salud (2017), más alto en la región, casi igualando al promedio de los países de la OCDE⁵¹ (BID, 2022, p. 56). No obstante, el indicador considera la cobertura del sistema sanitario, pero no la calidad y suficiencia.

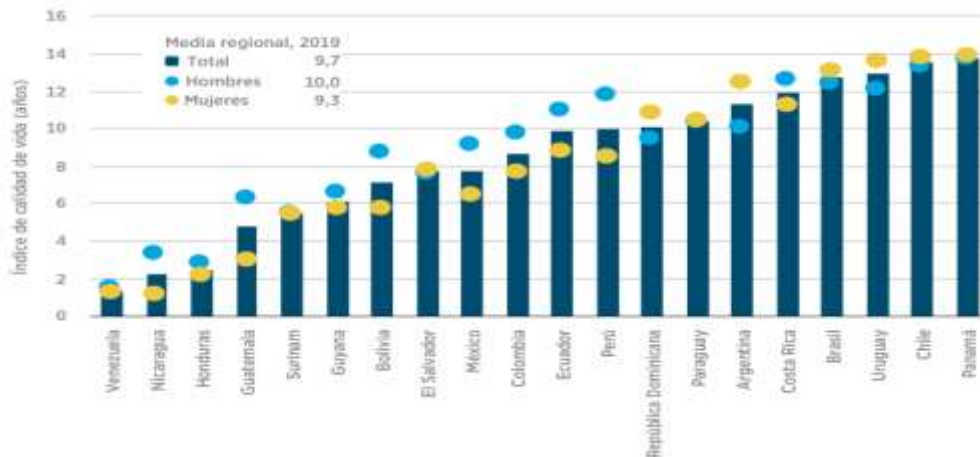
Y el índice de calidad de vida (esperanza de vida y presencia de pobreza monetaria: que estima el número de años en el cual una persona de 65 años y más puede esperar vivir con buena salud y sin pobreza) muestra que en general el promedio de años pasó de 7,1 años en 2000 a 9,7 años en 2019, aumentando en un 37%, debido principalmente a la reducción de las tasas de pobreza entre (particularmente) las mujeres mayores de la región. Respecto a la diferencia por regiones, mientras que, en países como Panamá, Uruguay y Chile, las personas de 65 años y más pueden esperar vivir doce años con calidad de vida, en Honduras o Guatemala, la media

⁵⁰ Ver Gráficos 3 y 4 en Anexos

⁵¹ Ver Gráfico 5 en Anexos

disminuye a menos de cinco años. El índice de calidad de vida del BID muestra que las mujeres tienen en promedio un año menos de esperanza de vida con buena salud y sin pobreza de ingresos (BID, 2022, p. xiii).

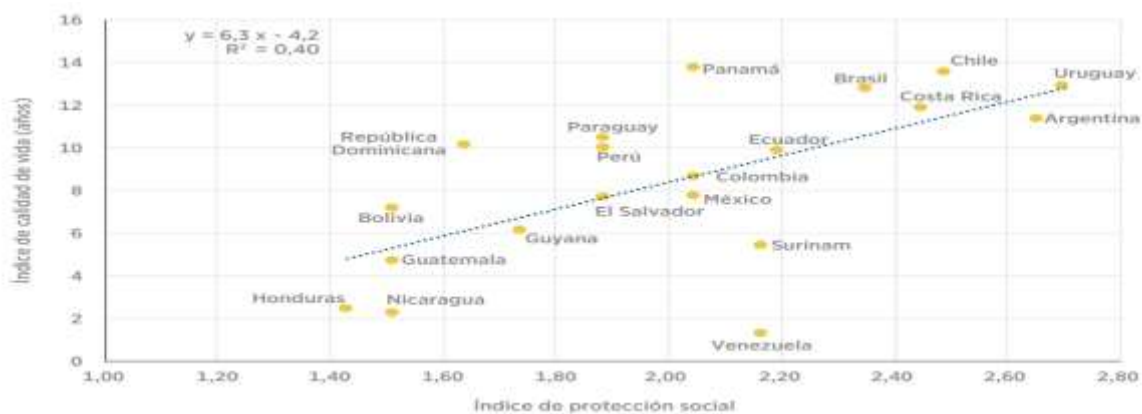
Gráfico 5. Índice de calidad de vida de las personas mayores, por sexo, 2019



Fuente: BID, 2022, p. xiv.

En general, la esperanza de vida saludable y sin pobreza en los distintos países correlaciona con el desarrollo económico de los mismos: Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay son los que cuentan con los mejores sistemas de protección social y, en el total de los países de la región, en promedio tienen mayores puntajes en el desarrollo de pensiones (principalmente no contributivas), seguidos del acceso a servicios de salud y el acceso a los servicios de dependencia que tienen los peores puntajes en promedio (BID; 2022, p. xvi). Según este informe, la esperanza de vida varía según niveles educativos. A menores niveles educativos se registra menor esperanza de vida y una mayor proporción de población en situación de dependencia como se muestra más adelante. La misma también varía según identidad de género (por ejemplo, el promedio de edad de las personas trans es de 37 años y sólo el 16% supera los 50 años (MIDES, 2016). El gráfico siguiente muestra la correlación entre la protección social y la calidad de vida, con un r de Pearson de 0,4 que indica un valor menor a 0,5 lo cual podría catalogarse como de una intensidad media. En el caso de Uruguay es donde se observa un valor más próximo y alto entre ambas dimensiones. En Argentina, la calidad de vida es menor, así como la protección social, en cambio en Chile hay una mayor puntuación en la calidad de vida, pero menor participación de la protección social, lo cual coincide con los rasgos del modelo Estatal-Productivista presentado en el marco teórico (Martínez Franzoni, 2008). En el otro extremo de la gráfica se observa para Honduras un valor bajo tanto de la calidad de vida como de la protección social. En la gráfica podrían identificarse tres grupos con distintos niveles de heterogeneidad interna.

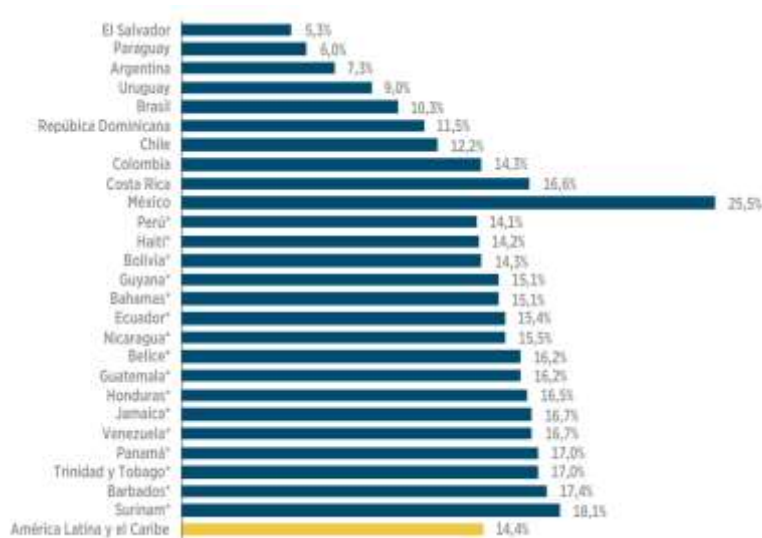
Gráfico 6. Correlación entre la calidad de vida y los sistemas de protección social, 2019



Fuente: BID, 2022, pp. 17.

En este marco de calidad de vida y protección social la dependencia alcanza al 14,4% de las personas mayores de la región (65 años y más), medida a partir de la disminución de su capacidad funcional para la realización de una de las actividades básicas de la vida diaria. La escasez de datos y las comparaciones entre países son dificultosas por la falta de aplicación de una medición común y estandarizada de la dependencia en los países de la región, aunque se ubica un gradiente que oscila entre 5% en El Salvador a 25% en México (BID, 2022, p. xv)

Gráfico 7. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores de 65 años (%), 2012-2018 (año más reciente disponible)



Fuente: BID, 2022, p. 33.

A su vez, la dependencia está generizada, de manera coincidente con el caso de Europa analizado anteriormente (es mayor en el caso de las mujeres, particularmente de las mujeres de 80 años y más)⁵². La distribución de la prevalencia de la dependencia es heterogénea según los niveles educativos de la población. En Uruguay, 10,2% de las personas de 65 años y más cuyo

⁵² Ver Gráfico 6 en Anexos.

nivel educativo es hasta primaria (completa o incompleta) tenía dependencia funcional, mientras que esto afecta al 5,1% de los alcanzaron el nivel terciario⁵³.

En el total de países de América Latina, los servicios de atención pública a la dependencia son escasos, fragmentados y de cobertura y calidad bajas, lo que coincide con una fuerte feminización y familiarización de las estrategias de cuidado en la región. Argentina y Costa Rica destacan, ya que un 20% de las personas mayores con dependencia recibe servicios de atención a la dependencia financiados con fondos públicos (BID, 2022, p. xvi). En general, los hogares de mayores niveles económicos en la región acuden al mercado para la contratación de servicios de cuidados ante la ausencia del desarrollo de estas políticas públicas. La baja calidad de los servicios se refleja en la debilidad de las normas y de los mecanismos de regulación y formación por parte de los Estados. Sólo en Argentina, Chile y Uruguay el Estado exige formación (muy básica y que en algunos países está dirigida a familiares) por parte de la población cuidadora, aunque es importante tener en cuenta que la misma es alcanzada por un porcentaje muy pequeño del total de trabajadoras/es (y, como mostraremos más adelante, con niveles de formación muy básicos)⁵⁴ (BID, 2022, p. xvi).

De esta manera, Uruguay ocupa un lugar destacado en la región respecto a la cobertura del sistema sanitario, el acceso al empleo, la baja proporción de personas mayores por debajo de la línea de pobreza, pero tras el desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, sin embargo, se encuentra particularmente presionado a nivel social y económico en cuanto a la redefinición de una estructura financiera intergeneracional, así como de la colectivización de los cuidados (tanto de niños/as como para las personas mayores en situación de dependencia y otro conjunto más amplio de posibles poblaciones) que permitan una redistribución del tiempo entre varones y mujeres. Desde la perspectiva del BID (2022), los países tendrán que reformar los sistemas sanitarios y las políticas de atención a la dependencia aumentando tanto su cobertura como su calidad. A la vez, será necesario hacer del gasto en pensiones una redistribución más equitativa (y no regresiva) según grupos socioeconómicos (BID, 2022, p. xix). Sin embargo, la información sobre la organización del trabajo de cuidados y doméstico no remunerado tanto brindado como recibido por parte de las personas mayores es parcial para todos los países de la región, destacándose la necesidad de avanzar en la consolidación de indicadores para dar cuenta de la organización social del cuidado de manera comparativa y cabal, aspecto que debe de ser profundizado mediante encuestas específicas, ya que las de uso del tiempo captan muy bien el trabajo doméstico y de cuidados de niñas/os (para los que es posible triangular con otras fuentes que también lo miden), mientras que presentan dificultades para captar el tiempo de cuidados de las personas en situación de dependencia (que priorizan en los grupos personas mayores con

⁵³ Ver Cuadro 1 en Anexos.

⁵⁴ Ver Cuadro 2 en Anexos sobre los criterios de calidad de los servicios de atención a la dependencia propuestos por el BID (2022).

dependencia y personas en situación de discapacidad con dependencia) (Aguirre y Ferrari, 2010; Batthyány, 2015 y Domínguez Amorós, 2020).

En América Latina, al día de la fecha, más de diecisiete países en la región han colocado dentro de su agenda política a los cuidados y los discuten, aunque Uruguay permanece como el único que cuenta con un SNIC. A su vez, varios países como Argentina, Chile, Uruguay, entre otros, han ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), asumiendo una serie de compromisos, como la garantía de la cobertura y ofrecimiento de servicios de cuidados para personas mayores. Sin embargo, el desarrollo de políticas de cuidados es volátil y está sujeto a las dinámicas políticas y los modelos de bienestar implícitos en las mismas, ejemplificando a partir de la flexibilización del régimen jubilatorio, con ajuste a la baja (Borgeaud-Garciandía, 2020, p. 58). Esto se refleja en que apenas en dos países de la región, Chile y Uruguay, se han llevado adelante mediciones estadísticas de dependencia, perfectibles, pero con motivos para razonar que la edad no equivale a dependencia y que dependencia no es igual a limitación, como se profundizará más adelante (Colacce et al., 2021).

Los cuidados asumen diferentes desafíos y tipos de organización social según los contextos en los que se den y Latinoamérica es una región muy diversa. A modo de ejemplo se menciona que los estudios específicos de la región concuerdan con que el cuidado de las personas mayores recae principalmente en las familias de manera no remunerada y que el Estado está fuertemente ausente (Huenchuán, 2009 en Borgeaud-Garciandía, 2020, p. 63; Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 97; Pineda Duque y Munévar, 2020; Faur y Pereyra, 2018; Arriagada, 2020; INEGI, 2022 y CONEVAL, 2015). En Argentina, en general el Estado tiene una participación baja, aunque se destaca en generar servicios de cuidados domiciliarios donde los familiares pueden ser cuidadores habilitados y por qué, hasta 2020, la población concordaba en que la responsabilidad principal por el cuidado de las personas mayores corresponde al Estado (Borgeaud-Garciandía, 2020). En Brasil⁵⁵, país con un acelerado proceso de envejecimiento, hay una fuerte preocupación por el acceso a ingresos mínimos para personas mayores que se encuentran en el mercado informal de empleo (Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 95). En el caso de México, el cuidado es fuertemente familiar y de base comunitaria (con una gran ausencia del Estado, por ejemplo, sólo se registran ocho centros de larga estadía públicos en todo el país (INAPAM)). En Colombia y Chile⁵⁶, la segunda transición demográfica fue acompañada de un

⁵⁵ El Estado brasilero cuenta con una Política Nacional de Adultos Mayores (Política Nacional do Idoso, PNI), de 1994 y la Ley de Asistencia Social (LOAS), de 1993 y “Estatuto del Mayor” fue aprobado en 2003 y reúne una extensa serie de leyes y políticas (Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 96). Sin embargo, las mismas no han incidido significativamente en la extendida familiarización y feminización de los cuidados.

⁵⁶ Chile es uno de los países más envejecidos de la región, con un 19% personas de 60 años o más en situación de dependencia (Arriagada, 2020, p. 136).

claro proceso de “mercantilización del cuidado” (Lloyd-Sherlock y Locke, 2008; Araujo, 2016 en Pineda Duque y Munévar, 2020, p. 197; Arriagada, 2020, p. 136).

Si bien no es objeto de esta tesis comparar a Montevideo, Uruguay con otros países ni ciudades de América Latina, tanto por la diversidad cultural, demográfica, económica, geográfica como por el papel y desarrollo del Estado de bienestar en cada uno, en algunas lecturas antecedentes se encuentran rasgos en común respecto a las estrategias que se han asumido ante las crisis de cuidados del creciente número de personas mayores.

El familísimo o comunidad es central, como se mencionó, pero la mercantilización es la estrategia alternativa siendo el servicio de cuidados en domicilio⁵⁷ y en centros de larga estadía las más presentes. No obstante, las garantías de calidad del servicio están fuertemente segmentadas por nivel socioeconómico. En todos los casos, las principales cuidadoras en el ámbito remunerado son mujeres y sus condiciones de trabajo, precarias (Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 97; Borgeaud-Garciandía, 2020; OIT, 2018; Pineda Duque y Múnevar, 2020; Pineda Duque, 2018; entre otras). Los bajos ingresos⁵⁸ y niveles de profesionalización, las largas jornadas laborales, los costos emocionales y una mayor presencia del *burn-out* y síndrome de carga del cuidador son parte del deterioro de la calidad de vida de las trabajadoras del cuidado y de la reproducción de la desvalorización del trabajo de cuidados en las vejez y la generización del mismo (Pineda Duque y Munévar, 2020, p. 200).

En su mayoría privados⁵⁹, los centros de larga estadía no gozan de aceptación en las sociedades latinoamericanas (Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 97; Roqué et al., 2015 en Borgeaud-Garciandía, 2020, pp. 60 y 64; SEMANA, 2012 en Arriagada, 2020, p. 144). En palabras de Grin Debert (2016), son conceptualizados como reservorios de muerte, por tanto, indeseables para el cuidado de las personas queridas. La ausencia del Estado convive con la existencia de establecimientos clandestinos de cuidados de personas mayores sobre los cuales el conocimiento es escaso (Arriagada, 2020, p. 144). En el caso de quienes sí usan Centros de Larga Estadía, para el caso de Colombia⁶⁰, se conoce que las dos principales razones son falta de tiempo

⁵⁷ Esta es la principal, lo que coincide con el análisis de Filgueira y Martínez (2019) respecto al trabajo doméstico en América Latina.

⁵⁸ En Colombia, la amplia mayoría de las auxiliares ganan menos de un salario mínimo y medio (67%), un 21% gana el salario mínimo y 5,6% gana por debajo del mínimo. Entre las mujeres ocupadas en servicios generales, quienes realizan el trabajo de cuidados más pesado, el 67% percibe un salario mínimo, 27% mínimo y medio y el 5% está por debajo del salario mínimo. La amplia mayoría realiza turnos de ocho y doce horas y un 26,8% tiene turnos de veinticuatro horas (Pineda Duque y Munévar, 2020, p. 200).

⁵⁹ Por ejemplo, solo un 2,6% de los centros de larga estadía (ELEAM) en Chile son públicos y focalizados por dependencia y vulnerabilidad socioeconómica (SEMANA, 2012 en Arriagada, 2020, p. 144).

⁶⁰ A diferencia de las cuidadoras en salud en el caso uruguayo (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Aguirre, 2013), en Bogotá la mayoría de los auxiliares de enfermería que trabajan en centros de larga estadía son menores de 30 años (66%). Se constató una alta rotación del personal que afecta a la calidad del cuidado brindado y se reproduce por el desfase entre las expectativas de las trabajadoras y la calidad del trabajo ofrecido (Pineda Duque y Munévar, 2020, pp. 199-200).

de familiares y falta de conocimiento específico sobre cómo hacerlo (Pineda Duque, 2018 y Pineda Duque y Munévar, 2020, p. 198).

En la mayoría de los países el personal no cuenta con niveles educativos técnicos, contrariamente, la formación es básica y los niveles educativos alcanzados bajos (hasta ciclo básico del secundario) o muy bajos (hasta primaria completa) (Arriagada, 2020, p. 146; Pineda Duque, 2018). Por ejemplo, en México, el INEGI constató en el Censo de Alojamientos de Asistencia Social (2015) la existencia 1020 casas hogar para personas, en donde el 86% del trabajo de cuidados es remunerado, realizado en su mayoría por mujeres (78%), de las cuales un 98% no cuenta con certificación en competencias para el cuidado de personas mayores dependientes.

Respecto al trabajo de cuidados en domicilio para personas mayores en situación de dependencia, Borgeaud Garciandia (2017) destacó que el mismo se realiza en condiciones laborales y de contratación precarias y que, a la vez, porta las herramientas para pensar un trabajo completo que combine “habilidades técnicas, emocionales, capacidad de anticipación y de reacción”. Este trabajo es apoyado por los Estados. Tanto para los centros de día, larga estadía como para la Asistencia Personal, en Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, se encuentran iniciativas de capacitación y certificación (Villalobos, Oliveira y Stampini, 2022, p. 22). Sin embargo, ninguna contribuye a aumentar significativamente los niveles educativos de las cuidadoras y especificar perfiles, lo cual necesariamente impactaría en un mayor valor de su trabajo. El trabajo en domicilio conlleva varios costos y riesgos: por un lado, cuidar de personas mayores en situación de dependencia perjudica la salud de las cuidadoras (de Zwart, 2015; Stroka, 2014m; Slachevsky et al., 2013; Heger, 2016 en Fernández y Herrera, 2020, p. 34, quienes lo prueban para el caso chileno). Los costos físicos se asocian con la presencia de dolor muscular, cansancio físico y cardiovasculares (Gräsel, 2002; Jeanfaivre et al., 2003 en Fernández y Herrera, 2020, p.34). Los costos en la salud mental se asociaron a ansiedad y depresión, pérdida de sensación de control y autonomía, peores estados anímicos, alteraciones en el sueño, apatía e irritabilidad (Slachevsky et al., 2013; Savage y Bailey, 2004; Sherwood et al., 2004 en Fernández y Herrera, 2020, p. 34).

Por otra parte, tal como plantea Borgeaud Garciandia (2017), el trabajo en domicilio supone un lugar de abuso menos controlable tanto en términos laborales como sexuales, aspecto que afecta tanto al trabajo doméstico como de cuidados en domicilio. La precarización del trabajo de las cuidadoras podría revertirse mediante la mejora de las competencias y estrategias de autocuidado, reduciendo el tiempo de trabajo y remunerándolo acorde a las nuevas competencias adquiridas.

En general, se han vistos rasgos comunes en la organización social del cuidado: la ausencia de una política clara e integral de cuidados en todos los países, la escasa y fragmentada información sobre los cuidados de las personas mayores, la ausencia de inversiones económicas

y sistemas de financiamiento adecuados para la generación de servicios y políticas de cuidados, así como para la redistribución del trabajo y las oportunidades

Antecedentes acerca de las personas mayores y los cuidados en Uruguay

Como fue mencionado Uruguay es un país pequeño (3 millones de habitantes aproximadamente), de los cuales la mitad reside en Montevideo y Área Metropolitana y presenta una trayectoria temprana de segunda transición demográfica. Esto se expresa en que es el segundo país más envejecido de la región y con mayor proporción de mujeres de 80 años o más en la región (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010, p. 6; Calvo et al., 2013; UN, 2019). Actualmente, el 14,1% de la población tiene 65 años o más y la mayoría son mujeres (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010, p. 14). En 2019, la esperanza de vida en promedio se situó en 77,9 años para el total de la población, siendo de 81 años para las mujeres y de 74,4 años para los varones⁶¹. El país destaca en la región respecto a los indicadores de longevidad, lo que se relaciona con mejoras en la educación, condiciones de trabajo y el acceso al sistema sanitario. Sin embargo, una vida larga no es sinónimo de una buena vida. En el caso de la esperanza de vida con buena salud, la misma es mayor entre los varones, en relación con las mujeres, quienes a pesar de ser más longevas tienen en promedio una menor cantidad de años sin dependencia (Huenchuán, 2013, pp. 89-90) y la misma varía por nivel educativo (BID, 2022).

El fenómeno del envejecimiento poblacional coincide con una serie de cambios de los cuales han sido protagonistas las familias uruguayas a partir de mediados del siglo XX, marcados por una reducción del tamaño de los hogares, el aumento de la cantidad de hogares y los procesos de traslado a las ciudades y la transformación del tipo de hogar. El número de hogares biparentales con hijos de ambos disminuyó mientras que hogares monoparentales y unipersonales aumentaron (Cabella, Fernández Soto y Prieto, 2015), vinculándose la nuclearización de los hogares con la idea del individualismo institucionalizado que requiere de sujetos lo más “autónomos” posible para garantizar un mayor nivel de consumo (Castells 2001; Sennett, 2006). Las tasas de divorcio aumentaron, se desarrollaron nuevas formas de vida conyugal, como las uniones concubinarias, las parejas que no conviven y un aumento en la cantidad de parejas a lo largo de la vida de las personas varía según factores como religión y nivel socioeconómico (Cabella, 2007; Aguirre, 2009).

Estos cambios también se expresaron en las vejez: en el país, el 41,6% de las mujeres de 65 años y más viven solas, mientras que lo hace el 10,6% de los varones de las mismas edades según los datos de la ECH (2019)⁶². Se trata de aproximadamente 90 mil mujeres de 65 años y

61 Fuente: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/esperanza-vida-nacer-segun-sexo-departamento-total-pais> Última consulta: 25 de enero de 2023.

62 Ver Tabla 1 en Anexos.

más que viven solas, población que ha venido en aumento: en 1996 representaban el 24,8% de los hogares con personas de 65 años o más, mientras que en 2011 representaban el 34,4%, siendo este crecimiento mayor en Montevideo que en otros departamentos del país (Cabella, Fernández Soto y Prieto, 2015 en Aguirre y Scavino 2018, p. 90). 25% de las personas mayores en Uruguay declaran sentirse solas, aunque cuando se considera a las personas mayores que viven solas, esta proporción aumenta a 48% según datos de la ELPS (BPS, 2015 en Aguirre y Scavino, 2018, p. 92). Esta soledad es mayormente vivida por mujeres, en un contexto en donde el 42% de las mayores de 65 años son viudas mientras que los hombres viudos son un 11,4%.: 127.593 viudas y 23.354 viudos (ECH, 2020), ya que los varones tienden a formar nuevamente una pareja, mientras que las mujeres mantienen su vida en solitario⁶³. La vida en solitario no sólo está feminizada, sino que se presenta de manera distinta según niveles socioeconómicos. Del total de los hogares con al menos una persona de 65 años o más, en el primer quintil (más bajo) de ingresos el 38,2% son hogares extensos, seguidos de las parejas sin hijos (18,6%) y los hogares unipersonales (16,8%). Contrariamente, en el quinto quintil (más alto) de ingresos el 47,4% de los hogares son unipersonales, seguidos de las parejas sin hijos (25,9%) y luego los hogares extensos (11,4%) (Aguirre y Scavino, 2018, p. 93). En este caso es claro que el nivel socioeconómico impacta en la autonomía y en las formas de vidas desarrolladas en la vejez, ya que en los sectores con menores ingresos la convivencia con otros familiares se presenta como una solución ante los magros ingresos a los que acceden por medio de pensiones a la vejez o jubilaciones mínimas y también para sus cuidados. A su vez, en 2023 se aprobó una reforma jubilatoria que aumenta los años de trabajo y corre la edad a 70 años, que en general disminuirá el acceso a ingresos en las vejeces y a menores montos (CINVE, 2022; Sanromán, 2021) lo que implica nuevas tensiones para el cumplimiento de los derechos mediante el desarrollo del Estado de bienestar.

Los cambios en las formas de vida familiares se vinculan con los de la participación de las mujeres en el mercado laboral, quienes a partir de la posibilidad de la autonomía económica gozan de mayores márgenes para tomar decisiones acerca de cómo y con quiénes quieren convivir. No obstante, el acceso al trabajo no es igual para todas las mujeres. Actualmente, el 54,9% de las mujeres de 14 años y más forma parte de la población económicamente activa, mientras que esta cifra asciende a 70,7% en el caso de los varones, y en relación con los tipos de trabajo a los que acceden las mujeres y los retornos económicos que obtienen, la desigualdad permanece, resumida en brechas salariales próximas al 18% (Zurbrigg, 2021). En términos de ocupación, en 2020, según los datos de la Encuesta Continua de Hogares de Uruguay, el 42,7%

⁶³ Los formatos de vida en solitario de las personas mayores suponen desafíos a la hora de pensar en los cuidados desde una perspectiva territorial y urbana, haciendo necesaria una revisión de la planificación urbana desde una perspectiva de democracia ciudadana, en un contexto donde las estructuras urbanas no contemplan las diferentes situaciones vitales y corporales de la diversidad de las ciudadanas y ciudadanos, en donde hay ausencia de servicios y políticas públicas de cuidados y en donde las personas mayores declaran sentirse solas con frecuencia (Ciocchetto, 2014).

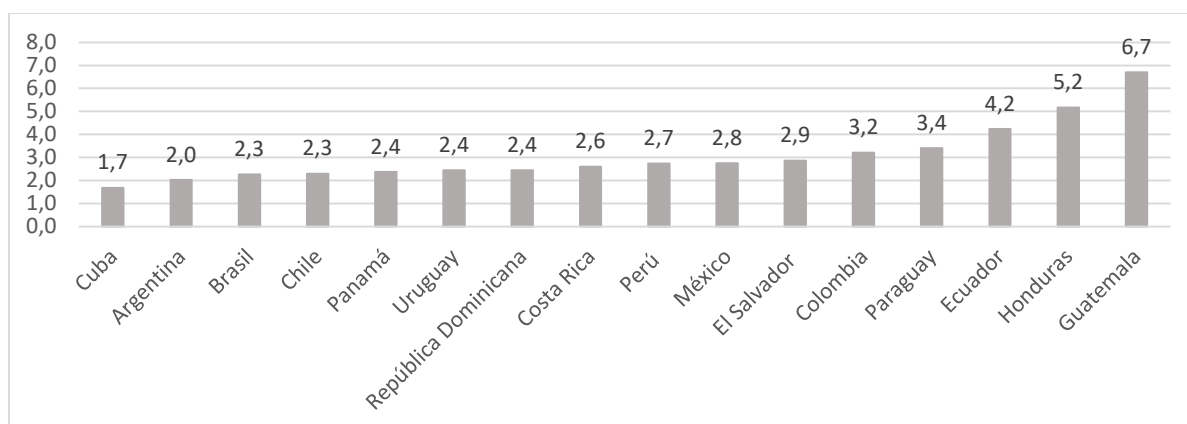
de las mujeres y un 62,2% de varones se encontraban empleados en el mercado laboral. Las desigualdades entre las mujeres en cuanto al acceso al mercado de empleo son más importantes que en el caso de los varones. Mientras que del total de trabajadores con niveles educativos más bajos (hasta primaria completa) el 27% estaba ocupado en el mercado laboral, esto ascendía a 55% en el caso de los varones. En el otro extremo, entre los que han tenido como máximo nivel educativo alcanzado terciaria, en el caso de las mujeres el 76% están ocupadas en el mercado laboral, mientras que esta cifra asciende a 81% en el caso de los varones. Las brechas en la tasa de ocupación entre las personas con niveles educativos más bajos y más altos permiten pensar en la existencia de mayor desigualdad en el caso de las mujeres (49%) en relación con los varones (quienes se distancian en 36% en sus niveles de ocupación entre aquellos con hasta primaria completa y hasta terciaria completa, siendo 13 puntos menor a las mujeres). Las brechas en la tasa de ocupación entre varones y mujeres según distintos niveles educativos ponen en evidencia que las mujeres requieren de mayores esfuerzos educativos para el acceso al mercado laboral (Soria, 2021, p. 26), así como evidencia la desvalorización económica que el sector cuidados y sectores afines como la educación, altamente feminizados, tienen en la economía del mercado de empleo, lo cual perjudica y reproduce la desigualdad y la relación de poder entre varones y mujeres, que desde el mercado laboral se traslada hacia los hogares en las condiciones inequitativas para la toma de decisiones entre varones y mujeres de las familias.

Además, en Uruguay, un 20,6% de trabajadoras/es eran informales en 2020, afectando al 19% de las mujeres ocupadas y al 23% de los varones; sin embargo, entre quienes como máximo nivel educativo alcanzado tenían hasta primaria completa o incompleta, la informalidad afecta al 43% en el caso de las mujeres y al 40% en el de los varones, siendo las mujeres menos educadas quienes tienen mayores niveles de informalidad. Entre quienes tienen un máximo nivel educativo hasta secundaria básica completa o incompleta, un 32% de mujeres trabaja de manera informal, mientras que esto sucede en el 28% de los varones. En el caso de quienes cuentan con hasta secundaria superior completa o completa, la informalidad afecta al 16% de las mujeres y el 15% de los varones, siendo que entre los y las universitarios o con niveles educativos terciarios, por cada 100 varones informales sólo hay 69 mujeres ocupadas de manera informal, siendo el colectivo con menor incidencia de la informalidad, pero la mayor masculinización de la misma (Aguirre y Scavino, 2022).

Las trayectorias laborales son fundamentales para comprender el acceso a la seguridad de ingresos durante las vejez, para las cuales una proporción importante de las personas tiene dificultades de acceso, principalmente las mujeres, ya que su involucramiento en el trabajo de cuidados suele generar trayectorias laborales truncas o con entradas y salidas que empeoran sus condiciones laborales y las colocan en un lugar desventajoso a la hora de reunir los requisitos necesarios para los causales jubilatorios. Esto en parte es lo que explica que proporcionalmente más varones accedan a una jubilación (61% de los varones y el 49% de las mujeres de 65 y más)

y que las mujeres estén sobrerrepresentadas en las pensiones a la vejez (un ingreso básico dirigido a personas de 70 años y más que muestren vulnerabilidad socioeconómica), en las pensiones por viudez (la herencia del salario del cónyuge) y en la jubilación mínima, representando el 57% del total de las personas con jubilación mínima (Cooperativa Comuna, 2021). Finalmente, entre las y los jubilados hay una brecha salarial del 25% en promedio (por cada 100 pesos que recibe en promedio los varones, las mujeres reciben 85) (Cooperativa Comuna, 2021). Además de que buena parte de las jubilaciones son magras, existe un porcentaje de personas mayores que no cuenta con ingresos. En 2020, unas 27 mil mujeres de 65 años o más no tenían ingresos personales (8,1% del total de las mujeres de esas edades), mientras que esta situación afecta al 1,9% de los varones de 65 años y más (aproximadamente 4 mil), esto, sin considerar a las personas mayores en situación de calle, que no están integradas en las encuestas de hogares en el país (Aguirre y Scavino, 2022). Esto está fuertemente vinculado a la división sexual del trabajo, en donde en general, Uruguay se encuentra dentro de los países de brechas moderadas en la región, siendo 2,4 horas promedio de trabajo no remuneradas más realizadas por mujeres en relación con los varones.

Gráfico 8. Brecha en el tiempo de trabajo no remunerado diario entre varones y mujeres en América Latina (último dato disponible)



Fuente: Elaboración en base a datos de Cepal, sobre la base del Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe. Datos de CEPALStat.

La Encuesta de Uso del Tiempo (2013) ha mostrado que las mujeres son las principales encargadas del trabajo no remunerado doméstico y de cuidados, aportando el 70% del total del tiempo dedicado en el país al mismo (Domínguez, Batthyány y Scavino, 2020; Batthyány y Scavino, 2018). Batthyány (2015) señaló que la tasa de participación de las mujeres *en el cuidado* es del 80% (dedicando 22 horas semanales al mismo) descendiendo a 58% de los varones (17 horas semanales promedio). En el caso del dirigido a las *personas mayores*, no es posible establecer con certeza las tasas de participación y tiempos promedios dedicados por la población (Aguirre

y Ferrari 2014, p. 40; Batthyány, 2015)⁶⁴. Batthyány (2015) destacó que en la región los antecedentes indican que el cuidado institucional es escaso y que la mayor parte de los cuidados son provistos de manera no remunerada (Batthyány, 2015, p. 122). El tipo de tareas de cuidados consideradas en la EUT para su medición fueron alimentación, administración de medicinas, higiene, vestimenta, acompañamiento a servicios de salud, compañía en el hogar, entre otros, mostrando que el 3,4% de las personas encuestadas declararon realizar alguna tarea de cuidados para personas mayores en situación de dependencia (unas 89 mil personas), entre las cuales casi la mitad tiene entre 30 y 59 años y que aproximadamente un tercio tiene más de 60 años (Batthyány, 2015, pp. 122-123). También señaló que del total de personas de los hogares que cuidan de personas mayores, el 64% fueron mujeres ante un 36% de varones que dedicaron tiempo a los cuidados en 2013 (Batthyány, 2015, p. 123). Respecto a las tasas de participación en el cuidado de personas mayores, se registró 1,2% para mujeres y 0,7%. Las mujeres cuidadoras y cuidadas son mayores de 40 años en promedio, aspecto que también se vio reflejado⁶⁵ en la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud realizada por el GISG en 2013, que midió el tiempo dedicado al cuidado no remunerado de personas con enfermedades crónicas o agudas y constató que del total de los hogares que cuidan, cerca del 50% del cuidado está dirigido a personas de 65 años o más. Los mismos son provistos por las parejas y por hijas/os o nietas/os con los que se cohabita o no (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Scavino, 2018). Buena parte del trabajo de cuidados no remunerados en salud recae sobre las mujeres⁶⁶ en el marco de los hogares y es realizado de manera no remunerada, representando cerca de un 2% del PIB y un 30% de lo generado en el sector salud (Batthyány y Scavino, 2017 y Scavino, 2018). No obstante, los datos sobre las estrategias de cuidados para personas mayores en situación de dependencia son escasos, y los datos de uso del tiempo no permiten un adecuado acercamiento por problemas de muestreo y construcción del instrumento de medición (Aguirre y Ferrari, 2010; Batthyány, 2015; entre otras). Respecto al sector cuidados, al trabajo en domicilio o instituciones, Aguirre (2013) realizó una caracterización en base a la Encuesta Continua de Hogares Ampliada de 2006, en donde mostró que el sector se componía por 45 mil trabajadoras/es, representando el 3,5% del total de las ocupaciones del mercado laboral. La amplia mayoría se encontraba en el sector de cuidados de niñas/os (56%), seguidas de cuidadoras/es de personas mayores (25%, unas 11.445 personas) y de enfermos (18%). Del total de las mujeres trabajadoras, un 8% se dedica al trabajo remunerado de cuidados, mientras que esto sucede con el 0,3% de los varones ocupados. Entre quienes se dedican al cuidado de personas mayores, un 95% son mujeres (Aguirre, 2013,

64

<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/340523/Uso+del+Tiempo+y+Trabajo+No+Remunerado+2013/5c21b33e-ddde-41cd-a638-4d73e3f75a8d> (Última consulta: 17 de Agosto de 2022)

65 Se trata de mujeres, particularmente en el tramo de 55 años en adelante, que no participan del mercado laboral (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014).

66 En el 80% de los hogares donde había necesidades de cuidados, sólo se utiliza un actor para la provisión de cuidados, siendo en el 91% de los casos mujeres familiares que cuidan de manera no remunerada.

pp. 19-20). En el caso de los varones ocupados en el sector cuidados, los mismos se dedican menos al cuidado infantil (41%) y más al cuidado de personas enfermas (27,6%) y de personas mayores (31,4%) (Aguirre, 2013, p. 21). Las jornadas laborales de las cuidadoras de personas mayores son más largas que las de niñas/os: las primeras trabajaban 44,7 horas semanales promedio, mientras que las segundas lo hacían 31.5, siendo que todos los/as ocupados trabajaban 40 horas promedio (Aguirre, 2013, p. 24). Las trabajadoras del cuidado, de magros ingresos, sólo estaban afiliadas a un gremio o sindicato en 2006 en un 3,8%, mientras que el promedio de los trabajadores lo hacía en un 14% y a la vez declaraban que no conocían o no existían gremios en su rubro el 89,7% de las cuidadoras de personas mayores mientras que entre los ocupados en total, el 70,7% aseveraba lo mismo (Aguirre, 2013, p. 26).

Las condiciones laborales y bajos salarios se asocian con una presencia de bajos niveles educativos en la población cuidadora. En 2006, mientras que 20,4% de las personas ocupadas en el mercado de empleo tenían como máximo nivel educativo hasta terciaria (completa o incompleta), en el caso del sector de cuidados de las personas mayores solo un 7,8% lo hacía. Contrariamente, un 42,6% de las trabajadoras/es del cuidado de personas mayores tenían como máximo nivel educativo alcanzado hasta primaria incompleta o completa, cifra que desciende a 29,4% del total de las personas ocupadas Sin embargo, se encuentran diferencias importantes entre cuidadoras de personas mayores y cuidados infantiles, lo que señala una desprofesionalización del trabajo de cuidados para personas mayores en relación con cuidado infantil, en donde 21,6% tiene hasta primaria completa como máximo nivel educativo alcanzado (21,6%) (Aguirre, 2013, p. 22).

Las desigualdades educativas en el sector pueden relacionarse con el desarrollo institucional de servicios y centros de cuidados y las exigencias de formación cuando la regulación es pública: mientras que el 16,6% de las trabajadoras de cuidados de niñas/os se desempeñan en el sector público, esto sucedía solo para un 2,3% de las personas que cuidan personas mayores y un 0,7% de quienes trabajan cuidando personas con enfermedades y entre las primeras un 59,8% no aportaba a la caja de jubilaciones, esta cifra asciende levemente para el caso del cuidado de las personas mayores a 63,1%. En general, mientras que el 61% de las trabajadoras/es del cuidado no aportan a una caja de jubilaciones, lo cual indica serias condiciones de informalidad en el empleo, esto sucede con 34% de las y los trabajadores de otras ocupaciones en el país. Algo similar sucede con la declaración de cobro de aguinaldo: mientras que el 39,7% de los/as cuidadores de personas mayores declara no cobrar aguinaldo, esto sucede con el 11,8% de los ocupados en otros sectores, y para el 12,7% de los trabajadores del país (Aguirre, 2013, pp. 22-23).

Con base en estos antecedentes, de cara a la implementación del sistema de cuidados, Aguirre (2013) proponía la distinción entre distintos perfiles profesionales en el cuidado de

personas mayores: las cuidadoras/es directos (remunerados, voluntarias/os, familiares no remunerados), las gestoras/es y supervisoras/es, los formadores de cuidadores/as. También identificó la presencia de trabajo doméstico dentro de las instituciones de cuidados. En cuanto a los perfiles profesionales requeridos para estas tareas, señaló que en el caso de la atención de centros se requiere la atención directa a los usuarios de los centros (cuidadoras/es con conocimientos gerontológicos y geriátricos, cuidadores con especialización en distintos tipos de dependencias y discapacidades y auxiliares de enfermería), gestoras/es y administradoras/es de centros (supervisoras/es, personal administrativo), personal de hotelería y cocina, personal profesional (geriatras, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, animadores socioculturales, entre otros). En cuanto a los servicios de teleasistencia, destaca a las teleoperadoras/es, supervisoras/es y coordinadoras/es. Y relativos a los servicios de atención domiciliaria, los perfiles profesionales del cuidado propuestos fueron cuidadores en la atención directa (cuidadoras/es con conocimientos geriátricos) y la participación de trabajadoras domésticas para la resolución de necesidades circundantes al trabajo de cuidados. Respecto a la gestión del servicio de atención domiciliaria, señaló la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios, con supervisoras/es del servicio y con coordinadores/as del mismo (Aguirre, 2013, p. 56). La autora señaló que en estudios antecedentes fue evidente que el desarrollo del sector privado de cuidados no contribuyó a la mejora de los servicios y de los perfiles de formación de los y las trabajadoras del cuidado.

Complementariamente, el Censo de Centros de Larga Estadía (SIVE, 2015) permite conocer algunas características del trabajo remunerado de cuidados para mayores en los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). La cantidad de personas que habitan en los mismos aumentó en el período intercensal de 1996 a 2011, siendo que en 2011 un 2,5% de la población uruguaya residía en instituciones de cuidados de larga duración para personas mayores (Aguirre y Scavino, 2018). Según el Censo de Centros de Larga Estadía, de los 1030 centros que hay en Uruguay, 75% son residenciales⁶⁷, 7% hogares sin fines de lucro, 5% servicios de inserción familiar y un 13% restante que no se clasifica en ninguna de las categorías anteriores (SIVE, 2015). El 41,8% (458) se encuentra en Montevideo. En 2014 residían en ellos 8529 personas, el 77% mujeres, un 94% personas mayores de 65 años, y un 70% personas de 80 años y más (SIVE, 2015, pp. 101-102). Del total, un 57,4% requiere ayuda para alimentarse, levantarse de la cama, vestirse y asearse, es decir para algunas actividades básicas de la vida

67 Son definidos en la Ley 17066 (artículos 3, 4 y 6) como “los establecimientos privados con fines de lucro que ofrecen vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y re inserción del adulto mayor. Los hogares sin fines de lucro son aquellos establecimientos que, sin perseguir fines de lucro, brindan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores. Por su parte, los servicios de inserción familiar para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a quienes se deben obligaciones alimentarias (artículos 118 a 120 del Código Civil)” (SIVE, 2015, p. 100).

diaria, mientras que el 42,6% no la necesitaba. Mientras que el 59,6% de las mujeres necesitaba apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, esto sucedía con un 50% de los varones, lo cual está en línea con una mayor tendencia de las mujeres a la convivencia con la dependencia (SIVE, 2015, p. 103). El 86% de las trabajadoras eran mujeres y se observó una segregación vertical en los puestos ocupados por las trabajadoras y trabajadores: mientras que del total de las personas que trabajan en los centros de larga estadía, el 66% son mujeres que están involucradas directamente en el cuidado, esto sucede con el 25,1% de los varones. Inversamente el 75% de los varones son trabajadores que están en otras posiciones laborales, como directores técnicos, encargados, titulares, mientras que esto sucede para el 35% de las mujeres (SIVE, 2015, pp. 103-104).

Una reciente tesis doctoral (Aguirre, 2021) analizó a las vejez institucionalizadas en el contexto uruguayo, constatando la presencia de una lógica medicalista y de homogenización de la vida (tiempos institucionales, espacios asignados según las necesidades de los ELEPEMs y no de las personas, estandarización de la vida cotidiana) proceso que puede ser asociado a la despersonalización en el marco de las Instituciones Totales (Goffman, 1961). En los mismos los cuidados se instalan con roles pre-definidos, marcados por las normas institucionales y una frecuente matriz vincular autoritaria entre cuidadores y residentes, marcada por las características de las políticas de “atención a la dependencia” señaladas por Cerri (2015), que la autora describió de la siguiente forma: “La relación de poder/control resultante, posibilita la intervención en todos los aspectos de la vida cotidiana, regulando; pautas de higiene, consumo de alimentación, medicamentos y otras sustancias, intervenciones médicas, interacciones con otros, grados de movilidad, tipo de actividades, uso del tiempo y descanso” (Aguirre, 2021, p. 22). Sumado a esto, la estructura jerárquica en la organización del servicio pondera a la medicina y la geriatría, en donde los directores pueden ser únicamente un o una profesional de la medicina, especializado en gerontología o geriatría, siendo el área social y psicológica menos poderosa dentro de la estructura prevista. En un escenario de cuidados llevados adelante sólo por gerontólogos, Uruguay presentaría un déficit de atención, si se considera que el número de geriatras en el país es insuficiente para el total de los centros que ya se encuentran funcionando, aunque por fuera de su habilitación formal (SMU en Aguirre, 2021, p. 5).

El rechazo a los centros de larga estadía coincide con representaciones sociales del cuidado de personas mayores fuertemente familistas. En 2011, el Grupo de Investigación de Sociología de Género indagó en aspectos relativos a la dimensión cultural de los cuidados a través de la realización de la Primera Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado (2011). Entonces no existía el SNIC y el cuidado ideal para las personas mayores en situación de dependencia fue mayoritariamente familista, prefiriendo el cuidado familiar ante el institucional. Las personas menores de 69 declaraban, en un 90%, que la situación más deseable para el cuidado de las personas mayores era la vivienda y un 47,4% sostenía que los cuidados debían ser

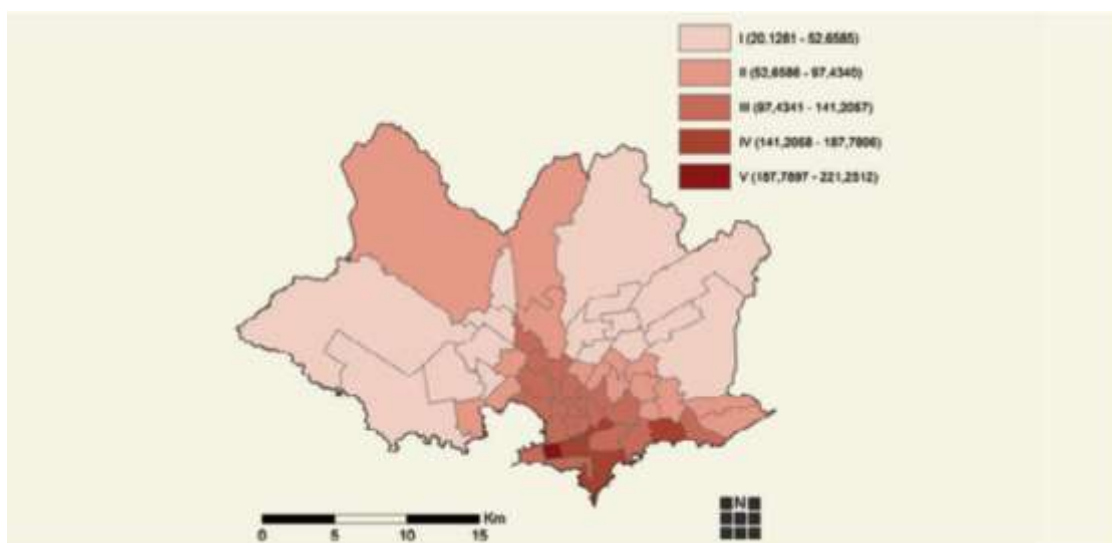
brindados exclusivamente por personas con relación de parentesco. Solo 8,4% declaró al cuidado brindado exclusivamente por instituciones como lo más deseable. A mayor nivel socioeconómico, menor era la preferencia por los cuidados domiciliarios y familiares y mayor la inclusión del cuidado remunerado en domicilio y en instituciones. Quienes más mencionan al cuidado institucional son los varones de niveles económicos medios y medio-altos, lo cual se asociaba a una mayor facilidad para derivar los cuidados sin culpa (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Finalmente, las autoras identificaron expectativas más familistas de cuidados en las personas mayores de 70 años, en relación con las personas más jóvenes y una preferencia por la institucionalización de las personas mayores más importante que la esperada para el caso de las/os niñas/os de 0 a 2 años (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, p. 74). Para profundizar en el análisis, condujeron otra línea de investigación sobre el análisis del discurso experto (que es simbólicamente relevante como mandatario de prácticas de cuidados). En el mismo detectaron que, en general, para el caso del cuidado de las personas mayores propone la necesidad de que haya más de un agente proveedor de cuidados y que el mismo no sea exclusivamente familiar. Si bien el discurso experto no reconoce la desigualdad de género en la carga de cuidado de personas mayores en las familias, habilita la promoción del cuidado extra familiar, principalmente vinculado a la no profesionalización de las familiares que cuidan y los riesgos que eso implica (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014).

El discurso experto sobre los cuidados también hace hincapié en el vínculo y la dimensión psicológica como medio para promover autonomía. En este caso, el sostenimiento de un vínculo afectivo si se coloca como responsabilidad de las familias, entendidas como promotoras “naturales” de los mismos, aunque las condiciones en las que se da el vínculo de cuidados son requisitos indispensables para que haya calidad. Si quienes brindan cuidados no tienen condiciones emocionales, económicas, sanitarias, de realización personal o de formación, entonces no es posible que el mismo sea considerado de calidad, aunque lo brinde la familia (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014). En este sentido existe una disonancia entre lo que los expertos consideran como buen cuidado y las preferencias familistas de la población.

Hasta aquí los relevantes datos sobre cuidados de personas mayores aludieron a conceptos generales sobre las necesidades de dicha población sin especificar quiénes son y qué necesidades tienen en función de su situación de dependencia. La identificación de la dependencia es reciente en el país y escasa en la región, como ya se mencionó. Anteriormente, se contó con la implementación a nivel censal de los parámetros propuestos por el Grupo de Washington y plantearon definir “limitaciones” a partir del conocimiento acerca de si las personas pueden oír, ver, caminar, entender, lavarse o vestirse y si tienen dificultad para comunicarse, en distintos grados de dificultad: desde no tener ninguna dificultad, tener cierta dificultad, mucha dificultad y directamente no poder realizar una acción. Desde el Grupo de Washington, asesor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), señalaron que la medida no debe utilizarse para

diagnósticos, como criterios de elegibilidad de programas ni como criterios para la prestación de servicios (Grupo de Washington, 2020, pp. 6-7). En Uruguay, solo 4 de las 6 dimensiones propuestas fueron relevadas en el Censo 2011. Su medición mostró que el 48,9% de las personas de 65 años o más tiene al menos una limitación. Esta cifra alcanza al 53% de las mujeres y al 43% de los varones. Para esta misma población, el 2,8% tiene limitaciones severas, el 2,2% de los varones y el 3,2% de las mujeres (Nuñez, 2013, p. 7). En cuanto al tipo de dificultades, las mismas varían, siendo “ver” una de las más frecuentes, seguida de la dificultad para caminar o subir escalones (la principal limitación en personas de 85 y más), luego de oír y finalmente de entender o aprender. Nótese que en todos los casos la incidencia aumenta con la edad, y en promedio siempre es mayor (excepto en el caso de oír) en el caso de las mujeres en relación con los varones⁶⁸. El paradigma de las limitaciones permitió mostrar que el mapa de la distribución de las personas mayores en la ciudad cambia según si se considera su presencia o no. Para 2011, el índice de envejecimiento poblacional en Montevideo mostraba una acumulación de las personas mayores en los barrios con mayores niveles socioeconómicos (CINVE, 2016), lo cual coincide con los niveles de ingresos de las personas mayores en relación con otros sectores poblacionales, como ya fuese mencionado y es en donde se acumula también el mayor porcentaje de personas mayores que viven solas (Brunet y Márquez, 2016, p. 14).

Mapa 1. Índice de envejecimiento poblacional en Montevideo, Censo, 2011



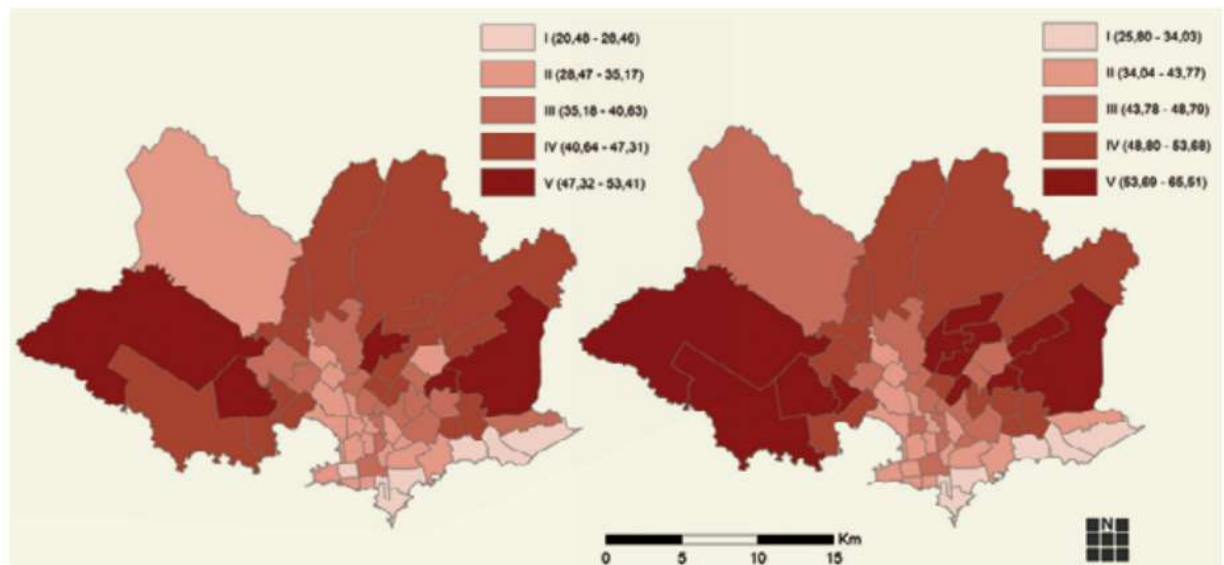
Fuente: Brunet y Márquez (2016, p. 14)

Sin embargo, cuando se observan los mapas de las personas mayores con limitaciones (al menos una dificultad para ver, oír caminar o entender) los mapas se invierten, indicando una relación con los menores ingresos y una mayor presencia en las zonas periféricas de la ciudad⁶⁹.

⁶⁸ Ver Tabla 25 en Anexos.

⁶⁹ Se anexa en el Cuadro 1 la descripción de las principales características de los hogares y personas con limitaciones en el Censo 2011, en base a Nuñez (2013). Se sugiere la lectura de los fascículos del Atlas

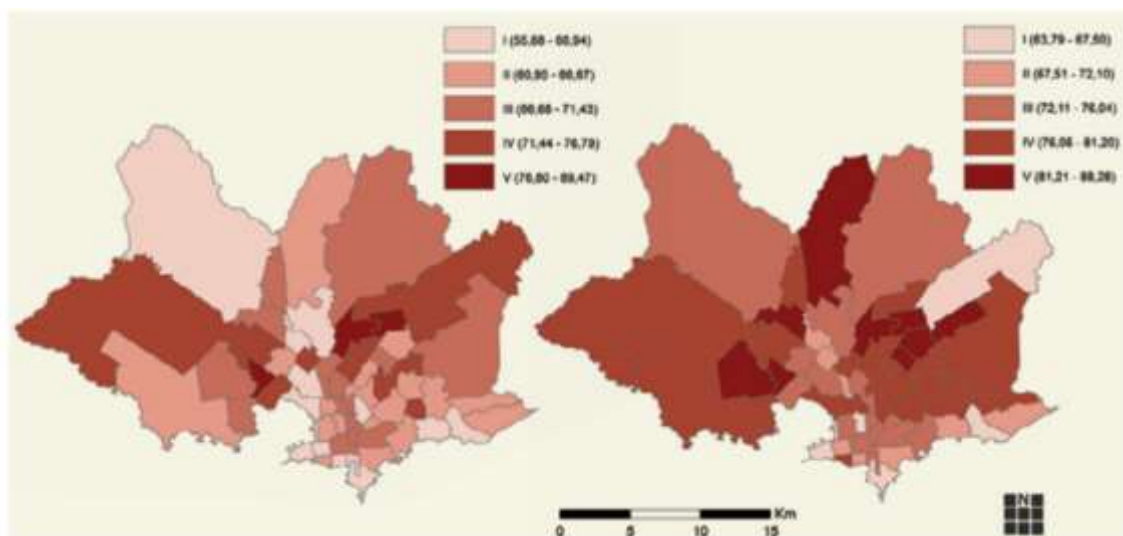
Mapa 2. Porcentaje de personas de 65 a 84 años con una o más dificultades permanentes para ver, oír, caminar o entender. Montevideo, Censo 2011 (Varones izquierda, Mujeres derecha)



Fuente: Cabella, W., Fernández Soto y Prieto, 2015, p. 69.

Algo similar sucede cuando observamos los resultados para el caso de la población de 85 y más.

Mapa 3. Porcentaje de personas de 85 años en adelante con una o más dificultades permanentes para ver, oír, caminar o entender. Montevideo, Censo 2011 (Varones izquierda, Mujeres derecha)



Fuente: Cabella, W., Fernández Soto y Prieto, 2015, p. 70.

Las personas mayores con limitaciones no están por fuera de los procesos de segregación urbana, ya que en dichas zonas del territorio es donde se acumulan menores servicios del Estado,

Sociodemográfico y de la Desigualdad, para estos temas, particularmente Clavo, J. (2013) sobre Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay.

hay mayores niveles de inseguridad, menor conectividad de transporte y peor estado de las veredas⁷⁰ e iluminación de las calles (IM, 2023; Aguiar, 2016). Como se ha visto uno de los principales desafíos para los cuidados en las vejez es homogeneizar las tasas de esperanza de vida que muestran que en donde se está cuidando peor es en los sectores más empobrecidos de la población, que, efectivamente, mueren antes que los más enriquecidos (Paredes, 2020; BID, 2022). Esta segregación fuertemente vinculada a los cuidados en la ciudad también se expresa en la inmovilidad de las personas mayores, de las personas cuidadoras (de niñas/os de 0 a 12) evidenciada en los datos de la Encuesta de Movilidad en Montevideo y Área Metropolitana (2016). Las mujeres más pobres, con carga de cuidados de niños/as de hasta 12 años y muy particularmente aquellas mayores de 65 años son quienes menos se mueven en la ciudad. De hecho, quienes menos lo hacen son las mujeres de 65 años y más (72%), seguidas de los varones de 65 y más⁷¹ (Hernández, 2019). Uno de los principales motivos de inmovilidad (no se movió más allá de diez cuadras) son las propias situaciones de dependencia, que representan el 27% de los motivos de las mujeres y el 26% de los motivos de los varones (Hernández, 2019, p. 20). Las mujeres son las principales usuarias del transporte público y representan a menos del 20% del total de personas con libreta de conducir, por tanto, el transporte privado está fuertemente masculinizado (Hernández, 2019). De esta manera, el espacio en donde habitan las personas mayores con limitaciones según el Censo 2011 y su alta inmovilidad indican restricciones en el acceso a la ciudad y a los derechos. Esto se vincula con la locación geográfica de los servicios del Estado y de los desarrollados por el mercado.

Como se mencionó anteriormente, si bien el paradigma de las limitaciones ha sido utilizado en los Censos en la región y ha permitido contar con datos relevantes como los presentados anteriormente, el mismo ha recibido una serie de críticas, principalmente vinculadas a la colocación de la dependencia como un aspecto inherente a la persona y a la falta de especificidad para captar aspectos del dolor, de la salud mental, del vínculo con el entorno y los niveles de severidad de manera más completa y adecuada. A pesar de que el enfoque de las limitaciones supera al de la “deficiencia” (centrado en el cuerpo deficiente), perpetúa la evaluación

70 La Intendencia de Montevideo (2023) relevó el estado de las veredas, vitales para la transitabilidad por la ciudad y el acceso a la sociedad, y de particular relevancia para el acceso al transporte público (únicamente ómnibus) del cual las mujeres son las principales usuarias (Hernández, 2019). El estado de las veredas en Montevideo trazó indicadores de accesibilidad y transitabilidad para un 70% del total, dando a conocer que un 67% tiene un ancho aceptable (según la UNIT), pero que un 55% tiene transitabilidad inadecuada o regular, y con presencia de objetos que obstruyen el camino. La accesibilidad (solo medida en relación con la movilidad y no a la señalética o aspectos relativos a la salud mental, como demencia en las personas mayores, u otras) establece que el 39% de las veredas tienen rampas y que el 80% tiene continuidad, siendo el municipio B el que cuenta con el mejor estado de las veredas en cuanto a transitabilidad y accesibilidad. Las veredas en peor estado se encuentran exactamente en donde hay un mayor porcentaje de personas con dificultades severas y donde, además, los niveles socioeconómicos son más bajos. Esto recordando que en las mismas zonas es donde hay mayor porcentaje de niños/as de 0 a 3 y también de las personas con limitaciones (principalmente las mujeres) y en donde las mujeres están menos empleadas en relación con los varones, lo cual se vincula a las cargas de cuidados y niveles educativos (Calvo, 2013)

71 Ver Tabla 24 en Anexos.

de un individuo y la colocación de la limitación en el cuerpo, integrando poco las dimensiones sociales de la interdependencia (Schkolnik, 2011).

En este sentido, la Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados N°19.353, inspirada en la ya referenciada Ley de Dependencia (de España), en el Artículo 3, inciso D, define la dependencia como: “el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria. La valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se determinarán mediante la aplicación del baremo que dicte la reglamentación a tales efectos Las actividades y necesidades básicas de la vida diaria serán definidas en la reglamentación correspondiente”.

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados propuso una definición de niveles de dependencia y generación de un baremo⁷² también basadas en orientaciones como las del Libro Blanco de la Dependencia (Imsero, 2004) y de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (2001), en donde además se distingue en tres gradientes de dependencia como distinción conceptual-operativa. *Dependencia severa y total:* Aquellas personas que necesitan de tercera persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro del hogar, y/o funciones mentales básicas: higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas). *Dependencia moderada:* Personas con necesidad de ayuda de tercera persona para salir del hogar, realizar tareas domésticas y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidados, movilidad, orientación o funcionamiento mental básico sin llegar a los altos niveles de dependencia considerados en el grupo anterior. *Dependencia leve:* Son aquellas personas que necesitan ayuda de tercera persona para determinadas actividades. Se podrían beneficiar de algún componente del Sistema de Cuidados dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite y puede complementarse con otros servicios de prestaciones.

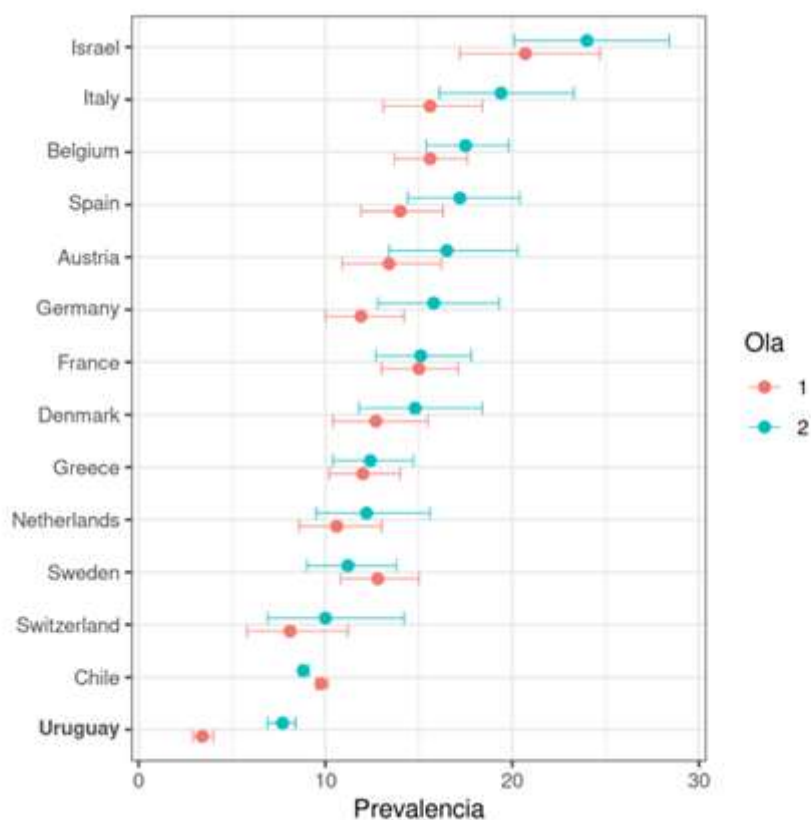
Respecto a su medición concreta, en la Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013/2014 y 2016/2017⁷³) se han aplicado baremos siguiendo las nociones de actividades

⁷² Para clasificar a los sujetos en estas tres categorías se definen umbrales de puntaje en las distintas áreas que mide el baremo: comer y beber, higiene personal asociada con la micción y defecación, lavarse, realizar otros cuidados corporales, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas, participar en la vida social y comunitaria, habilidades de comunicación y autonomía psíquica y funciones mentales (SNIC, 2018). A partir de su medición se generan decisiones sobre el tipo de políticas al que se puede acceder, aunque suelen haber restricciones por edad y por niveles económicos, lo que niega derechos al cuidado para toda la población, particularmente para personas mayores en situación de dependencia.

⁷³ Respecto a la cantidad de casos de personas en situación de dependencia en ambas olas en la ELPS, en 2013, se detectaron 286 casos no ponderados de personas en situación de dependencia, tomando como dato la representatividad nacional de la encuesta. Este número aumentó a 501 en la segunda ola en 2015, que estimó de manera más similar a los niveles de Chile y de los países de Europa la proporción de personas en situación de dependencia.

básicas e instrumentales de la vida cotidiana. Sin embargo, la diferencia en la estimación de la prevalencia de 12% entre una medición y otra: 5% para la primera ola y 17% para la segunda, lo cual la hace hasta el momento, imprecisa. La variación en el resultado parece no ser producto de la mortandad de la muestra, sino que está asociada por un lado a aspectos subjetivos, relativos al cambio de persona informante entre una muestra y la otra (persona dependiente a persona cuidadora, o viceversa) y por otro a una mejor y mayor instrucción a las personas encuestadoras para el relevamiento del dato en la segunda ola de la encuesta (Colacce et al., 2021, pp. 16-17)⁷⁴. Una de las principales conclusiones de los estudios de las estimaciones de dependencia de las ELPS en Uruguay es que las mismas subestiman la prevalencia cuando se compara con países de Europa y otros países de la región en donde las estructuras sociodemográficas son similares, lo cual queda expresado en los resultados para Uruguay en el siguiente gráfico y, en particular para la baja estimación de la Ola 1.

Gráfico 9. Prevalencia de dependencia en los países seleccionados. 60 años y más. En porcentajes



Fuente: Colacce, 2021, p. 29. Notas de las autoras: El indicador para Uruguay es AVD-K. Tanto para Uruguay como para SHARE se utilizan las estimaciones del panel no balanceado. En el caso de Chile las estimaciones no refieren a diferentes olas de una encuesta panel, sino que son dos encuestas independientes. Elaboración en base a ELPS, 2013 y 2015, SHARE ola 1 y 2, CASEN, 2015 y 2017.

⁷⁴ En el Cuadro 3 en Anexos se puede consultar un resumen de prevalencia de la dependencia en Uruguay según diferentes fuentes elaborado por Colacce et al. (2021)

Mientras que en 2013 en el panel no balanceado se encontró según el baremo que un 3,5% de la población de 60 y más tenía dependencia leve, un 3,4% moderada y un 2,5% severa, en 2015 la proporción de personas de 60 y más con dependencia leve aumentó a 5,7%, seguida de la moderada 6,9%, y severa 4,2%. En cuanto los indicadores de Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en 2013 se detectó que un 5% de las personas de 60 y más no podían realizar las primeras y que un 8,4% no podía realizar las segundas, proporción que aumentó en 2015 a 6,8% y 14,9% respectivamente (Colacce et al., 2021, p. 14).

Para las personas mayores de 60 años para la segunda ola de la ELPS, se confirman los resultados en los estudios antecedentes, que indican que la edad es uno de los factores que aumenta la probabilidad de tener dependencia. De hecho, la incidencia de la dependencia para todas las mediciones con las que se cuenta a nivel nacional (EDPAMD, 2013; Encuesta de Dependencia, 2014; ELPS Ola 1 y 2; MIDES y BPS 2002 en Colacce et al., 2021, p.14) muestran una mayor y particular relevancia de la dependencia a partir de los 70 años, incrementándose particularmente luego de los 75.

También es un predictor de la dependencia la presencia de enfermedades crónicas (particularmente tres o más), seguido de ser mujer, en relación con ser varón, lo cual aumenta las probabilidades, vinculada a su mayor convivencia con la dependencia, parte de la “*male-female health paradox*” ya mencionada (Austad, 2006; Bora & Saikia, 2015; Cameron et al., 2010 en Colacce et al., 2021, p. 37).

Las formas en las que se ha operacionalizado la dependencia han sido la identificación de la “dependencia funcional (pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual)” atendiendo “al aumento de la vulnerabilidad física y social que se da en la edad avanzada” (Paredes y Pérez, 2014, p. 28). En España, el Libro blanco del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España define a la dependencia como: “el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente, este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana” (Imsero, 2004 en Aguirre y Scavino, 2018).

Para esta población, el SNIC, desarrollado desde 2015 e impulsado por académicas, políticas/gobernantes e integrantes de organizaciones de la sociedad civil (Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta, 2014), desarrolló un set de políticas de cuidados dirigidas a personas mayores. Si bien profundizaremos más adelante en sus características, Batthyány y Genta (2020) señalan cinco grandes grupos de iniciativas dirigidas a personas en situación de dependencia, que se presentan para la des-familiarización de los cuidados. Se destaca el desarrollo del Programa de

Asistentes Personales, dirigido a las personas de 29 años o menos y 85 y más con dependencia severa. Cubre veinte horas semanales de manera gratuita o copago y es regulada por BPS y SNIC. Las Asistentes Personales tienen niveles educativos y salariales más bajos que el promedio de las personas ocupadas en el mercado de empleo, y los cursos de formación y profesionalización del trabajo remunerado de cuidados son escasos, ofreciendo información básica para hacer frente a demandas específicas que requieren mayor especialización. Además, el programa no cuenta con soporte institucional para las trabajadoras (Van Rompaey y Scavino, 2020 y 2018). Los ELEPEM, que dependen del Ministerio de Salud Pública, en donde la regulación aún es una dimensión que necesita ser expandida entre todos los centros, están dirigidos a personas mayores de 65 años y son residencias de 24 horas, centros de larga estadía que no son públicos (no integran límite de edad) y las condiciones de acceso dependen de los recursos económicos de los hogares particulares. Los centros de día, dirigidos a personas de 65 años y más, tienen una baja cobertura en general, administrados por las intendencias, focalizan la participación según la presencia de dependencia moderada o leve. El servicio de teleasistencia, una política de atención ante una situación de consulta o pánico, está dirigido a personas de 70 y más con dependencia moderada o leve, depende del SNIC y otorga un subsidio parcial o total, sin embargo, no sustituye al cuidado no remunerado familiar en ningún caso. Finalmente, existen licencias especiales, particularmente dirigidas a personas con hijos/as con discapacidad o personas con enfermos/as terminales a cargo. Afecta a trabajadoras/es del sector privado y para los hijos son 10 días anuales para controles médicos y 96 horas anuales en el caso de enfermos terminales, es regulado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Batthyány y Genta, 2020, p. 244). En cuanto a las representaciones sociales de género, se conoce que la aceptación de la institucionalización de las personas mayores es mayor en relación con los niños⁷⁵ (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013; Faur y Pereyra, 2018).

De esta manera, el conocimiento sobre las estrategias de cuidado para personas mayores en situación de dependencia deja una pregunta abierta sobre cuáles son los tiempos y costos, así como la cultura presente en las estrategias de cuidados llevadas adelante por mujeres y varones desempeñándose en el Estado, mercado, comunidad y familias. Esto, como hemos visto, obedece a algunas limitaciones con las que se cuenta en las Encuestas de Uso del Tiempo para profundizar en estos aspectos, así como en la no captación cabal de las mismas en las Encuestas Longitudinales de Protección Social, que, como se ha mostrado, han tenido diferencias importantes en sus estimaciones. Siguiendo el concepto de estrategias de cuidados como un indicador de la organización social del cuidado que permite una reflexión sobre el bienestar en

⁷⁵ El tipo de cuidados que requieren las personas mayores es distinto al de los niños, tanto en sus motivaciones físicas y psíquicas y también en lo que generan en las personas cuidadoras. No es igual cuidar a un niño/a para apoyarlo en el desarrollo de su vida, para acompañar la personalización que cuidar a una persona que pierde autonomía (física o por deterioro cognitivo, motivos de salud mental), que tiene una historia, una moral, una forma de pensar y sentir y actuar producto del devenir de sus vidas y, es un cuidado orientado a la muerte, un aspecto de la vida occidental con frecuencia negado culturalmente.

la sociedad montevideana, la presente tesis busca conocer cómo son las estrategias de cuidado de personas mayores de Montevideo y Área Metropolitana, a fin de dar cuenta de la organización social en un país que se caracteriza por tener un lugar destacado en cuanto al sistema de protección social y a su forma de distribuir la riqueza según el Índice de Gini⁷⁶. La incorporación del cuidado como un elemento central de bienestar abre nuevas preguntas sobre la real garantía de derechos en el país de estudio. Al respecto, Ocampo y Gómez-Arteaga (2017) ubicaron a Uruguay según el índice de Protección Social como el primero del grupo de los sistemas de protección social integrales (los sistemas con mayor cobertura y mejor distribución). En los países con sistemas de protección social integrales, el promedio de la cobertura de pensiones contributivas (65 y más) es cercano a 81% y el acceso al sistema sanitario a 90%, mientras que en los países con sistemas de protección social limitados la cobertura de pensiones llega al 15% de las personas de 65 y más, y sólo 46% cuenta con acceso al sistema sanitario. Desde esta perspectiva, Uruguay es un país bien posicionado en el plano regional, pudiéndose vincular los indicadores con procesos reformistas de la primera década de los 2000, en donde se suscitaron la Reforma de la Salud que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud en 2009 y la Reforma del Sistema de Jubilaciones y Pensiones del mismo año, en donde se reconoce un año por hijo, como un mínimo aporte económico por el trabajo de cuidados mayoritariamente realizado por las mujeres (actualmente está sometida a un nuevo proyecto de reforma propuesto desde el Poder Ejecutivo) (Aguirre y Scavino, 2018). Sin embargo, estas estimaciones de protección social no tienen en cuenta a los sistemas o políticas de cuidados como parte central del bienestar (Daly y Lewis, 2012) y se ven fuertemente cuestionadas por procesos actuales de desestabilización de la protección social, como la ya mencionada reforma de jubilaciones y pensiones, lo cual admite la pregunta para un contexto en particular, Montevideo y Área Metropolitana (por los argumentos esgrimidos al principio) y para una población particular sobre la que el conocimiento aún es fragmentado desde el punto de vista de las estrategias de cuidados, como es la de las personas mayores de 70 años y más, para las cuales la dependencia presenta niveles importantes, y que efectivamente presentan dependencia en distintos grados. Finalmente, cabe recordar que esta pregunta refiere centralmente a la vida de las mujeres en tanto son las principales protagonistas del mundo de las vejeces.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Cómo se establece en el marco teórico y a partir de los antecedentes, el presente trabajo intenta conocer cómo son las configuraciones colectivas expresadas tanto en la materialidad como en la cultura de los cuidados de las formas de dar respuesta a las necesidades de las personas de 70 años o más que están en situación de dependencia. Se trata de una pregunta situada para el contexto Montevideano y del Área Metropolitana por aspectos señalados en el apartado

76 <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=ZJ>

anterior, y que se focaliza en el conocimiento específico sobre las necesidades de personas mayores en situación de dependencia. Se busca avanzar sobre el conocimiento de la participación del Estado, mercado, familia y comunidad y de los varones y mujeres en los cuidados de manera articulada y teniendo en cuenta el trabajo no remunerado en el sostén de la vida cotidiana de estas personas. La pregunta de investigación se sitúa en el país pionero en desarrollar un SNIC, que, si bien encontraba rasgos de desarrollo incipiente en 2010, no se implementó hasta 2015, por lo que se consideró relevante tener en cuenta para algunos indicadores el período 2012-2019, para otros, 2015-2019, contando con buena parte de los datos para 2019. En el caso del primer período, el mismo admite la evaluación de cambios o permanencias en indicadores clave relativos a la calidad del empleo en el sector cuidados una vez implementado el SNIC, que fuese buque insignia de campaña de cara al tercer gobierno del partido de izquierda en Uruguay, caracterizado por incrementar los niveles de bienestar de manera significativa tras una aguda crisis socioeconómica experimentada en el año 2002 (Midaglia y Antía, 2007; Perrotta, 2020). Buena parte del trabajo de campo de la presente investigación se vio interrumpida por la crisis socio sanitaria producto de la covid-19, lo cual implica que lo evidentes que fueron algunos problemas de la organización social del cuidado de las personas mayores y de las particulares consecuencias sobre su mortalidad quedan por fuera del presente trabajo⁷⁷. Como se ha mencionado, se hará foco en las personas de 70 años o más porque son quienes tienen mayores niveles de dependencia a la vez que se priorizó su identificación explícita. Retomando la pregunta general ya presentada luego de la introducción: ¿cómo son las estrategias de cuidados en términos de su materialidad (tiempos y costos) y cultura (estrategias ideales de cuidado, representaciones de género en los cuidados, políticas públicas ideales y motivos y motivaciones por los cuales se cuida de la manera en que se hace) para personas de 70 años y más en situación de dependencia (en adelante, PM70dep) en Montevideo y Área Metropolitana? A continuación, se establecen los objetivos de la presente investigación.

Objetivos de Investigación

Objetivo General: conocer la organización social del cuidado de las PM70dep a partir del estudio de las estrategias de cuidado de PM70dep en Montevideo en 2019, 2006/12/15-2019 en su dimensión material (tiempos y costos) y cultural (estrategias ideales de cuidados, políticas públicas ideales que el Estado debería desarrollar, representaciones sociales de género en los cuidados y motivos y motivaciones para cuidar).

⁷⁷ La OMS estableció que “hasta la mitad de los fallecidos en Europa por Covid-19 residían en centros de larga estancia para personas mayores”. En Bélgica, Francia, Irlanda, Noruega, Italia, España y Portugal entre el 33% y el 64% de las muertes atribuidas a covid-19 corresponden a residentes de centros de tercera edad. El confinamiento en ELEPEMs multiplica dramáticamente por 70 la probabilidad de morir por covid-19 (intervalo de confianza del 95% entre 68 y 72) en comparación con la confinación en casa (Comas-Herrera et al., 2020). La vida en solitario de las personas mayores y el aislamiento dejaron de manifiesto las formas individualizantes y aisladas de vida que proponen las sociedades occidentales actuales.

Objetivos Específicos:

- OE 1.1 Describir las principales políticas de cuidados desarrolladas para PM70dep y las características del trabajo de cuidados en Montevideo y Área Metropolitana.
- OE 1.2 Analizar la participación del Estado, mercado, familia o comunidad en los cuidados en términos del tiempo de trabajo de cuidados, las características del mismo y su división sexual a la interna de cada sector.
- OE 1.3 Valorizar económicamente el trabajo no remunerado de cuidados y conocer los costos del cuidado de las PM70dep
- OE 1.4 Conocer cuáles son las estrategias ideales de cuidados para las PM70dep.
- OE 1.5 Analizar las representaciones de género y cuidados de PM70dep.
- OE 1.6 Indagar en las motivaciones y motivos por los cuales cuidan cada una de las personas e instituciones que participan del cuidado y los motivos por los cuales no se utilizarían otras formas de cuidados
- OE 1.7 Indagar en las representaciones de políticas que el Estado debería desarrollar.

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente trabajo de investigación plantea una metodología de carácter mixto, no experimental y fundamentalmente descriptiva. Se buscó realizar una triangulación de los resultados en base a distintas fuentes y análisis de datos a fin de conocer cómo son las estrategias de cuidados para las personas de 70 años y más en situación de dependencia (Della Porta y Keating, 2008; Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Para ello, se refiere a la dimensión material (tiempo y costos) así como a la dimensión cultural de las estrategias de cuidados (mediante el análisis de estrategias ideales de cuidados, políticas públicas que idealmente deberían desarrollarse, representaciones sociales de género en el cuidado y motivos y motivaciones para desarrollar ciertos formatos de cuidados y no otros). Se triangulan métodos que buscan de manera complementaria abordar el objeto de investigación (Mahoney y Goertz, 2006 en Della Porta y Keating, 2008). Se utilizó como una de las fuentes principales a la Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana (2019), que fue de carácter transversal y nutrió análisis cuantitativo-descriptivos, como análisis de contenido de carácter cualitativo. Los diseños transversales tienen dificultades para integrar la temporalidad, ya que se trata de una técnica aplicada en un solo momento, pero, en este caso, la temporalidad de un día típico fue tomada en consideración (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Como se adelantó, también se analizaron algunas series temporales en base a las Encuestas Continuas de

Hogares, llevadas adelante por el Instituto Nacional de Estadística en Uruguay, para poder considerar algunos aspectos relativos al tiempo. A continuación, con base en el concepto de estrategias de cuidados presentado en el marco teórico, se formuló la operacionalización de las principales dimensiones, a la vez que se citan las principales fuentes de datos utilizadas y características generales del muestreo y las unidades de análisis. Esto, sin desconocer que aspectos como la dimensión cognitiva del trabajo de cuidados, o emocional no fueron abordadas en las metodologías desarrolladas, siendo insumos para futuros trabajos.

Operacionalización de conceptos

Basado en las ya esgrimidas teorías sobre familismo, desfamiliarización, *social care*, ideales del cuidado y sistema cultural en las políticas del bienestar y los cuidados, se ha planteado el siguiente marco operativo y los indicadores principales de cada dimensión planteada, considerando tanto la participación de diferentes sectores, como la división sexual del trabajo y atendiendo tanto a la dimensión cultural como material de las estrategias de cuidados. El cuadro a continuación busca establecer el nexo entre la teoría y el tipo de datos que se analizarán.

Cuadro 2. Operacionalización de las dimensiones y subdimensiones de las estrategias de cuidados y principales fuentes de datos utilizadas.

		División sexual del trabajo (Daly y Lewis, 2011, Saraceno y Keck, 2008, Fraser, 2000 y 2015, Razavi, 2007, Martínez Franzoni, 2008, Batthyány, 2015 y Aguirre, 2009, Pfau-Effinger, 2005)	Desigualdades Transversales (Viveros, 2016, Hill Collins, 2000, Hancock, 2007, Daly y Lewis, 2011, Saraceno y Keck, 2008, Fraser, 2000 y 2015, Razavi, 2007, Martínez Franzoni, 2008, Batthyány, 2015 y Aguirre, 2009, Pfau-Effinger, 2005)	Representaciones sociales e ideales en las culturas del cuidado (Pfau-Effinger, 2005, Hochschild, 1995)	Motivaciones y motivos para cuidar o no usar otros tipos de cuidados (Esping-Andersen, 1999, Draibe y Riesco, 2006, Tronto, 2013, Zarzycki et al., 2022 y Zarzycki y Morrison, 2021)
Estado	Estado en las estrategias de cuidados	Tiempo provisto por el Estado a través de servicios de cuidados, centros de larga estadía o de día para personas mayores (ENEC, 2019)	Alcance de la cobertura del Estado según niveles socioeconómicos y niveles de dependencias de las personas que necesitan cuidados	Tipos de políticas que el Estado debería desarrollar para cuidar de personas mayores (ENEC, 2019). Análisis del modelo de cuidados que imprimen (Hochschild, 1995)	Motivos para no usar Asistentes Personales, Centros de Día o Larga estadía: Nivel de presencia de la categoría “evitar ir a un centro”, “desconfianza en el cuidado de otros” (ENEC, 2019)
	DST en Estado	División sexual del trabajo en las trabajadoras de los programas del Estado	Nivel de valorización del trabajo remunerado de cuidados. Propuestas Educativas y de estímulo a la profesionalización	Preferencias sobre la contratación de mujeres para el cuidado, en relación con la preferencia de contratación de varones para el cuidado domiciliario (ENEC, 2019)	
	Características TR	Características del Trabajo de Cuidados promovido por el Estado	Características de las personas cuidadoras y sus condiciones laborales	Tipos de políticas que el Estado debería desarrollar para cuidar de personas mayores (ENEC, 2019) Análisis del modelo de cuidados que imprimen (Hochschild, 1995)	
	Políticas desarrolladas	Análisis de las principales políticas públicas de cuidados, características del empleo generado por el Estado y alcance de las políticas en relación con las necesidades de cuidado (Documentos de las políticas de cuidado del SNIC desde su comienzo) % PIB dedicado	Nivel de participación de las personas que necesitan cuidados en la construcción de la política		

Mercado	Mercado en las estrategias de cuidados	Tiempo de trabajo de cuidados contratado en el mercado (ECH, 2006-2019 y ENEC, 2016)	Segmentación en el uso del mercado según dependencias y niveles socioeconómicos (ENEC, 2019)	Tipo de papel del Mercado en las estrategias ideales de cuidados para PM70dep	Ídem anterior. Motivos por los cuales no se accede: presencia de motivos económicos. (ENEC, 2019)
	DST en Mercado	Análisis de las características del trabajo remunerado de cuidados (ECH 2006-2019, ENEC, 2019)	Características de las personas cuidadoras y sus condiciones laborales (ECH, 2006-2019)	Preferencias sobre la contratación de mujeres para el cuidado, en relación con la preferencia de contratación de varones para el cuidado domiciliario (ENEC, 2019)	
	Características TR	Análisis de las características del trabajo remunerado de cuidados (ECH 2006-2019, ENEC, 2019)		Tipos de servicios que desarrolla el mercado para personas mayores (ECH, 2006-2019) Análisis del modelo de cuidados que imprimen (Hochschild, 1995)	
Familias	Familia en las estrategias de cuidados	Tiempo de trabajo de cuidados no remunerado provisto por las familias (ENEC, 2019)	Diferencias en la participación de la familia por nivel socioeconómico y grado de dependencia (ENEC, 2019)	Presencia de la familia en las estrategias ideales de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia (ENEC, 2019)	Familismo (y tipo de familismo) presente en las motivaciones para cuidar (ENEC, 2019)
	DST En las familias	Brecha de género en el tiempo de trabajo no remunerado provisto por varones y mujeres en las familias (ENEC, 2019)	Análisis de la división del trabajo no remunerado de las familias por nivel socioeconómico y grado de dependencia (ENEC, 2019)	Preferencia por el cuidado de las mujeres de las familias para PM70dep (ENEC, 2019)	
	División del trabajo por parentesco en las familias	Tiempo de trabajo de cuidados no remunerado provistos por las familias (ENEC, 2019)	Análisis de la división del trabajo no remunerado de las familias por nivel socioeconómico y grado de dependencia (ENEC, 2019)	Preferencia por el cuidado de algunos miembros de la familia según el parentesco (ENEC, 2019)	
Comunidad	Comunidad en las estrategias de cuidados	Tiempo de trabajo de cuidados dedicado por organizaciones sociales o voluntarias y amigos o vecinos con los que no se convive, pero cuidan (ENEC, 2019)			

Fuente: elaboración propia.

En las estrategias de cuidados, al menos tres unidades de análisis son importantes: los hogares, las personas de los hogares y las personas e instituciones que no conforman los hogares pero que participan activamente del cuidado de las personas mayores. Teniendo en cuenta la necesidad de recabar información sobre distintas unidades de análisis, el presente trabajo buscó caracterizar y distinguir el trabajo de cuidados brindado por Estado, mercado, familia y comunidad, y atender a su división sexual del trabajo. En este sentido, fue preciso avanzar más allá de los hogares particulares y de las personas que los integran, porque, como se expresó, son múltiples los actores y sectores que participan en el cuidado. Sin embargo, las muestras de todas las encuestas consideradas para el análisis se basan en hogares particulares, quedando por fuera de las mismas los hogares colectivos, entre los cuales se encuentran los ELEPEM. En este sentido, se buscó complementar la información con los datos disponibles (principalmente el Censo de Centros de Larga Estadía para Personas Mayores, del SIVE (2015)). Las personas en situación de dependencia no siempre son las personas informantes, aunque en buena parte coinciden, lo cual es central a la hora de habilitar la respuesta directa por los cuidados de las personas en situación de dependencia que pudiesen contestar. Finalmente, el análisis también

integró documentos públicos, como leyes, decretos y documentos oficiales de planes y programas del SNIC⁷⁸.

Como fuese planteado en el marco teórico, es fundamental conocer la participación de los distintos sectores proveedores del bienestar social. Para caracterizar a cada sector, se definieron de la siguiente manera, tanto en las encuestas como en los criterios para seleccionar los documentos de políticas.

- Familia: personas con relación de parentesco con las que se convive (o no) y cuidan.
- Comunidad: amigos, vecinos, otros vínculos, que cohabitan o no con las personas a las que cuidan y también por aquellos servicios, talleres, actividades diurnas de cuidados de personas mayores que provengan de ONG, voluntariados, iglesias, que no sean estatales o tercericen funciones del Estado y que no tienen un costo económico para las personas en situación de dependencia: “No familiar cohabita no remunerada”, “No familiar, no cohabita no remunerada”, “Voluntariado ONG iglesias privado”.
- Mercado: Personas remuneradas (“No familiar que cohabita remunerado”, “No familiar que no cohabita remunerada”, “Centro de cuidados privado”, “Instituciones educativas, recreativas privadas”.
- Estado: “Centros de cuidado públicos (de día u otros), Instituciones educativas o recreativas públicas, voluntariado ONG o iglesias que ejecuten programas públicos o tercericen funciones del Estado y Asistentes Personales o cuidadores pagos por el Estado”.

Respecto a los indicadores concretos utilizados para caracterizar la dimensión material de los cuidados (tiempos y costos), se encuentra en Anexos un detalle de los mismos, así como de la metodología aplicada para la valorización económica del trabajo no remunerado, donde se sigue la imputación del valor promedio del trabajo de cuidados en el mercado para la cantidad de horas de trabajo no remuneradas producidas. Se siguen los antecedentes nacionales (Salvador, 2009, 2015 y Batthyány y Scavino, 2018b)⁷⁹.

Para cada uno de estos sectores es preciso distinguir elementos materiales y culturales de las estrategias de cuidados. En el primer caso, se analizan los tiempos dedicados por todos los actores participantes en un día típico de cuidados de PM70dep y las características de cada uno de ellos registrados a partir de una grilla de reconstrucción de un día desde que la persona se levanta hasta que se acuesta, y considerando los horarios nocturnos. Esto fue posible por la implementación de la ENEC (2019), cuyas características se desarrollan más adelante. Pero también para el caso de la materialidad de las estrategias fue importante conocer qué políticas desarrolla el Estado, qué coberturas tiene y cuáles son las condiciones laborales de las trabajadoras, así como conocer las condiciones materiales del trabajo de las cuidadoras en el

78 En Anexos, Figura 1, se encuentra un resumen de las unidades de análisis, algunos datos centrales y la conexión entre las mismas.

79 Ver Cuadro 4 y 5 y Recuadro Metodológico 1 en Anexos.

mercado de empleo. Para ello, el análisis de documentos oficiales y los datos de las Encuestas Continuas de Hogares fueron insumos empíricos importantes.

Respecto a la dimensión cultural, como señalan Moreno et al. (2016), “además de los factores económicos y políticos, los factores socioculturales contribuyen a la definición de los regímenes de cuidados. Es decir, más allá de la existencia de políticas públicas específicas y de su viabilidad económica en un contexto dado, los aspectos de carácter social —por ejemplo, las percepciones individuales ante la responsabilidad del cuidado— son centrales para analizar los distintos modelos” (p.3). En el presente trabajo, como se señaló con antelación, las estrategias de cuidados también se nutren de y a la vez producen creencias culturales que pueden ser reconocidas a través de las representaciones de género en los cuidados, de los ideales sobre las políticas que el Estado debería desarrollar para cuidar, así como los ideales de cómo debería resolverse el cuidado de las personas mayores si no se pudiese contar con al menos ocho horas diarias para hacerlo en primera persona⁸⁰.

En este caso, siguiendo la experiencia del Grupo de Investigación de Sociología de Género, que en 2011 relevó las Representaciones Sociales del Cuidado, en la ENEC se consideraron preguntas relativas a las representaciones de género en los cuidados y las estrategias ideales de cuidados, pero también se agregaron preguntas abiertas relativas a las razones por las cuales cuida cada persona o institución involucrada en los cuidados de las personas mayores, así como en aquellos por los cuales no se usaría un centro de día, de larga estadía o un servicio de asistentes personales.

Al indagar sobre las políticas públicas que el Estado debería desarrollar, así como sobre quiénes serían los actores más idóneos para el cuidado de personas mayores, las preguntas se realizaron sin leer opciones de respuesta⁸¹. Esto permitió reconocer la diversidad de los imaginarios de políticas de cuidados en la población y de estrategias ideales. En el caso de las políticas, se buscó conocer qué tipo de sujeto de derechos suponen (quién porta el derecho de acceder a ellas), qué tipo de familismo o desfamiliarización plantean y cuáles son los escenarios en donde sitúan al cuidado. En el caso de las estrategias de cuidados, se consultó cuáles son las mejores formas de cuidar ante una jornada laboral de ocho horas (una actividad para la cual habría competencia de tiempo), lo cual permitió reconocer niveles de feminización de los cuidados, la familiarización y el o los escenarios más idóneos para cuidar en las representaciones de la población⁸². Mientras que las políticas de cuidados aluden directamente al Estado como su principal responsable, las estrategias de cuidados ideales no refieren a ningún sector particular. En este sentido, es posible considerar que una respuesta es más abierta y la otra enfoca el pensamiento acerca de la responsabilidad del mismo y los diferentes tipos de políticas que debería

⁸⁰Ver Cuadro 6 en Anexos

⁸¹ “Pensando en las necesidades de cuidado de las personas mayores de 70 años en situación de dependencia, ¿Qué prestaciones o servicios le parece que el Estado debería brindar para su cuidado? (Respuesta múltiple y espontánea, marcar todas las que mencione)”

⁸² Ver Cuadro 7 en Anexos

desarrollar. Por ejemplo, la remuneración de cuidados familiares (transferencias monetarias para el cuidado de familiares), la remuneración (indirecta) del tiempo de cuidados familiares (licencias para cuidados por enfermedad, reducción horaria para cuidar o flexibilidad laboral para cuidar), el desarrollo de centros de día o larga estadía, el pago de cuidadores en domicilio⁸³. Al igual que en el caso de las estrategias ideales del cuidado, fue posible identificar y clasificar a los distintos tipos de políticas según la pluralidad de los mecanismos de políticas demandados, las combinaciones de distintos actores en la estrategia y los escenarios principales en donde se desarrolla el cuidado según el tipo de política demandada⁸⁴, identificándose tres grupos de políticas según el análisis de componentes principales. Respecto a las representaciones de género, las mismas fueron consultadas como ítems de una escala Likert, que, para el total de la encuesta y de los ítems, presenta un Alfa de Cronbach superior a 0,73, encontrándose dos factores: cuidar ante trabajar y cuidar como un saber innato. Sus características se desarrollan brevemente en el análisis y en anexos.

Para la caracterización de los elementos culturales de las estrategias también fueron consideradas las razones por las cuales las personas e instituciones involucradas en los cuidados efectivamente participan de la estrategia de cuidados. Se obtuvieron 451 respuestas abiertas sobre por qué se involucran las personas que cuidan de PM70dep de manera no remunerada, seguidas de unas 118 respuestas abiertas sobre por qué se contratan cuidados en domicilio, y unas 12 respuestas sobre por qué se usan los centros de día. Por otra parte, se contó con 135 respuestas abiertas acerca de por qué no se usarían Asistentes Personales, 326 respuestas abiertas sobre por qué no se usarían Centros de Día y 388 respuestas acerca de por qué no se usarían Centros de Larga Estadía si fuesen servicios gratuitos y de calidad. Las mismas fueron analizadas a partir de un meta análisis de las diferentes dimensiones y subdimensiones relativas a las motivaciones para cuidar por parte de los cuidadores de personas mayores, constituyendo una meta-operacionalización propuesta por Zarzycki et al. (2022 a y 2022 b) y Zarzycki y Morrison (2021), a partir del metaanálisis de cerca de 103 artículos académicos acerca de motivaciones para cuidar de personas mayores en situación de dependencia. Distinguieron factores de dominio individual y cultural, detectando cinco grandes dimensiones, cuatro de las cuales aparecen de manera muy clara en el análisis de la información en la ENEC. A continuación, se presenta un esquema de la operacionalización de las principales dimensiones, extraído de Zarzycki y Morrison (2021) y Zarzycki, et al. (2022b, p. 22) y complementado con un esquema en el Cuadro 10 en Anexos.

Cuadro 3. Operacionalización de la dimensión cultural: motivaciones y motivos para cuidar: dimensiones provenientes del metaanálisis de Zarzycki (2022a), Zarzycki et al. et al. (2022b) y Zarzycki y Morrison (2021).

Factores personales, relacionales

83 Ver Cuadro 8 en Anexos

84 Ver Cuadro 9 en Anexos

Dimensión	Sub-dimensión	Códigos	Ejemplo de cita
Aspectos contextuales del cuidado	Contexto del cuidado	Factores de conveniencia	“Naturalmente, cayó sobre los que están más cerca de (persona mayor que requiere cuidados) en casa”. (Erickson, 2002, p. 105) “Soy su esclavo, un esclavo de las circunstancias [financieras]...”. (Guberman et al., 1992, p. 612)
		Prioridades y demandas contrapuestas	“Todos los días, lucho con dos opciones: trabajar y dejar que mi padre esté solo y vaya al hospital solo, o acompañarlo y no tener dinero para pagar las cuentas”. (Ng et al., 2016, p. 1303)
	Aspectos temporales del cuidado		“Entonces, al principio, cuidar era desafiante y no lo encontraba difícil de hacer. Después de algunos años, hay desgaste y el desafío ha desaparecido” (Boeije et al., 2003, p. 247)
La naturaleza de la relación	Reciprocidad	Retrospectiva	“Ella me cuidó toda la vida y así me toca a mí ahora cuidar de ella”. (Nkongho y Archbold, 1995, p. 119)
		Esperada	“Amo mucho a mis padres y espero recuperar el cuidado que les doy por parte de mis hijos cuando sea una persona envejecida”. (Donorfio & Kellett, 2006, p. 162)
		Actual (agregada en el marco es esta investigación)	“Porque le ayuda con los deberes de historia, Porque es una buena nieta”
	Proveniente del afecto		“Porque los amo, eso es lo que me hace hacer lo que hago” (Guberman et al., 1992, p. 609)
	Calidad de la relación (positiva o negativa)		“Me enoja tener que considerarlo tanto cuando él nunca me consideró”. (Morgan y Laing, 1991, p. 382) “¿Sabes? Ella siempre dice ‘gracias por estar ¡aquí!’ ¡O ella dice, ‘Agradezco todo lo que haces!’ Entonces, cualquier cosa mala que suceda... ella me dirá ¡Eso y todas las cosas malas desaparecen!” (Murphy, 2005, p. 87)
	Valores familiares		“Siento que está en nuestros valores familiares y que cuando la gente tiene alguna necesidad de cuidados hay obligación de ayudar a proporcionarlo. La familia debe estar ahí para la familia” (Donorfio & Kellett, 2006, p. 162) “Cuando los respetas y los honras [el cuidado destinatarios] y te bendicen, será para siempre en su vida”. (Van Sjaak Geest, 2002, p. 25)
Obligación de proveer cuidado		“Estoy cuidando a mi madre porque ella es mi madre. ¿Quién más puede hacer esto? Ésta es mi obligación”. (Strumpf et al., 2001, p. 243)	
Características personales, creencias y recursos	Características de la persona que cuida		“... a uno no se le enseña eso, mi niña, esa [habilidad] viene de tu corazón eso nunca lo aprenderás: te lo digo que por experiencia y por mis 66 años, nadie te enseñará a cuidar [o] amar a las personas, [depende de] ti misma”. (McDermott & Méndez-Luck, 2018, p. 6)
	Experiencia y <i>expertise</i> de la persona que cuida		“Es importante ser competente en enfermería. Estoy segura que lo es mucho más difícil de cuidar para una persona no capacitada un anciano Conozco la mecánica del cuerpo” (Kim, 2009, p. 607)
	Formas (respuestas) para afrontar la situación		“Tienes que rezar mucho. Es lo único eso me mantiene fuerte... para ayudar a cuidarla”. (Gerdner et al., 2007, p. 365)
	Búsqueda de sentido		“Después de estar en esto por un tiempo, empiezas a pensar qué es el propósito [de tu vida], y tal vez el propósito es dar en lugar de recibir. Y entonces das algo a otra persona que es importante para ti”. (Harris, 1998, p. 348)
	La forma de ver la enfermedad de la persona		“Pero gradualmente comencé a sentir: ‘Oh, bueno, esto debe ser una ley de la naturaleza [shizen no setsuri; risa].’ Sabes, como un árbol moribundo cambia gradualmente, su cuerpo (también cambios), ya sabes, ella tiene 89 años. He llegado a sentir que no se puede evitar [shikatanai], que gradualmente muchas funciones se deterioran con el tiempo”. (Wallhagen y Yamamoto-Mitani, 2006, p. 69)
Factores culturales, sociales			
Creencias o valores culturales	Normas culturales específicas en torno al cuidado		“Es porque me casé con el primer hijo... tuve la idea de que algún día tendría que cuidar a su madre...” (Yamamoto & Wallhagen, 1997, p. 169)
	Socialización		“Entonces, siempre he visto la forma en que las madres, las mujeres cuidan de la familia... Entonces, pude ver que gran parte de la crianza era hecho por mi mamá y mi abuela. Por lo tanto, se va terminando”. (McDermott & Méndez-Luck, 2018, p. 7)
	Religión y espiritualidad		“También tengo la oportunidad de hacer cosas buenas y salvar mi lugar en el cielo haciendo este trabajo (de cuidados)”. (Hinton et al., 2008, p. 679)

	Aculturación	“Así, la nuera, según la tradición vietnamita, tiene una mayor responsabilidad hacia la familia del marido que hacia la suya propia. Pero en la actualidad, después de haber llegado a Canadá, parece que la responsabilidad recae a medias en la familia del marido y a medias en la familia de la esposa”. (Donovan & Williams, 2015, p. 83)
	Aspectos culturales de la percepción de la enfermedad	“Es una ‘pérdida de cara’ (vergüenza) tener un esposo con demencia, especialmente cuando es tan joven. No buscaré ayuda de otros porque me menospreciarán. Me sentí inferior a otros”. (Pang & Lee, 2019, p. 1620)
Normas sociales y expectativas percibidas	Buscando el reconocimiento social y conforme a la presión social	“Creo que tienes que cuidar de tus padres o suegros enfermos en casa para salvar las apariencias... Creo que es la manera coreana que no los envíe a un asilo de ancianos”. (Kong et al., 2010, p. 322)
	Roles específicos de género	“Creo que como mujer e hija es muy importante cuidar a tu madre. Este tipo de cuidado no debe ser cuestionado ya que nace dentro de ti y los demás lo esperan de ti”. (Holroyd, 2001, p. 1129)
	Propósito de la política social y suposiciones que sustentan este	“Necesitaba una compensación [de bienestar financiero], eso fue todo. Realmente no podría sobrevivir sin esto” (Kietzman et al., 2013, p. 532)
	Limitaciones percibidas a la formalidad prestación de apoyo y servicios	“Lo más importante que quiero decir es muchas agencias y el personal profesional no entienden nuestra cultura, no entender nuestra fe, y lo más importante es nuestra la voz no es escuchada”. (Parveen et al., 2011, p. 869)
	Evitar el ingreso en un centro de atención hogar	“Tenemos que cuidar de los nuestros. Nadie se va a hacer cargo de mi hermana como lo soy yo”. (Nkongho & Archbold, 1995, p. 120)

Fuente: de Zarzycki et al. (2022, pp. 11) y Zarzycki y Morrison (2021) y emergentes de campo.
Traducción propia.

Para cada una de las dimensiones se presentan sub dimensiones, por ejemplo, la obligación está desagregada en: 1) la obligación actual de proveer cuidados (y motivos como 1.1 falta de alternativas para el cuidado, o 1.2 obligación con culpa) y 2) la obligación percibida de cuidar por parte de las personas cuidadoras (2.1 obligación filial, 2.2 conyugal, 2.3 moral, 2.4 familiar) (Zarzycki y Morrison, 2021). Cada subdimensión fue utilizada como código para analizar la información de las respuestas abiertas en la ENEC (2019). La presente operacionalización de elementos culturales, que se desagrega en las estrategias ideales de cuidados, las representaciones de las políticas públicas que el Estado debería desarrollar para el cuidado de las personas mayores y los motivos por los cuales se cuida o no se cuida permiten reconocer las características que adquieren en el contexto montevideano actual completando los elementos materiales de las estrategias de cuidados.

Técnicas de recolección de datos, muestreos y análisis

Las técnicas de investigación como parte del método permiten generar un vínculo con lo empírico mediado por las definiciones conceptuales (Corbetta, 2007; Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Si bien en este trabajo se recorren documentos, una de las principales técnicas utilizadas (ya sea a través del análisis secundario o primario) es la encuesta. En el caso de todas las encuestas que nutren la presente investigación, su realización es cara a cara, en los domicilios de las personas entrevistadas. La persona que entrevista aplica un cuestionario a un individuo buscando no interferir en las respuestas del entrevistado y contribuyendo a la concreción de la estandarización de las respuestas. Los tipos de preguntas y respuestas en las encuestas pueden variar: escalas, múltiple opción, selección de una opción u otra, preguntas abiertas cortas (requieren codificación a posteriori), preguntas abiertas con respuestas codificadas para el

registro de las principales mencionadas. El cuadro siguiente resume las principales características de las encuestas con las que se ha trabajado y seguidamente se presentan de manera más detallada los principales rasgos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados (2019), que constituye uno de los insumos fundamentales para el presente trabajo.

Cuadro 4. Principales características de las encuestas utilizadas para el análisis de las estrategias de cuidados

	ENEC (2019)	ECH (2006 a 2019)	EUT (2013)	ELPS (2013)
Modalidad	Encuesta independiente	Encuesta cross-section realizada de manera ininterrumpida desde 1986 por el INE	Módulo de la Encuesta Continua de Hogares (ECH)	Encuesta Panel -Se consideran los datos de la 1ra ola
Fecha de aplicación	2019	Todo el año (año correspondiente)	Entre mayo y agosto de 2013 a los hogares que se había realizado la ECH en marzo	2013
Instrumento	Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Horas captadas a través de la reconstrucción de todos los actores de cuidados que participan en el cuidado de las personas mayores en un día típico.	Cuestionario cerrado	Cuestionario-Lista de actividades pre categorizada	Cuestionario cerrado
Representatividad Geográfica	Hogares con personas en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana	Montevideo, en el Interior urbano, localidades pequeñas y zonas rurales de todo el territorio nacional.	Montevideo y localidades con más de 5000 habitantes	Total país
Informantes	Personas de 18 años y más que se autoidentifican como responsables del cuidado (pueden estar en situación de dependencia también)	Personas de 18 años o más que se autoidentifiquen como “responsables” del hogar	Personas de 18 años o más que se autoidentifiquen como “responsables” del hogar	Personas de 18 años o más que se autoidentifiquen como “responsables” del hogar
Muestra	Hogares con personas en situación de dependencia o niños/as y niños. Marco muestral: ELPS 2013 (con aplicación de baremo de dependencia), ECH y Certificado de nacido vivo para la identificación de niños/as. Estratificado por conglomerados en dos etapas. Fueron encuestados 1.201 hogares, integrados con 4.572 personas que representan a 1.020.845 de personas residentes en Montevideo y Área Metropolitana en 2019, de los cuales 142 tenían 153 personas de 70 años o más en situación de dependencia.	Muestreo estratificado (hasta 2019) representativo de todos los hogares y personas de Uruguay cuyo marco muestral es el Censo 2011.	Muestreo estratificado representativo a nivel nacional de las localidades de 5.000 habitantes y más. En 2013 relevó información sobre 3.356 hogares 7.447 personas, de las cuales menos de 100 cuidaron de personas mayores en situación de dependencia a nivel nacional.	Muestra estratificada geográficamente, por área urbana-rural. En el caso de áreas urbanas, se estratificó según tamaño de conglomerados. La muestra fue multietápica con afijación proporcional a la población de los estratos. En la primera ola, se entrevistaron 18.000 personas.
Período de referencia	Principalmente día típico de cuidados. Para costos se consideró la temporalidad mensual.	Varía según el módulo	Día anterior (laborable o no laborable).	Varía según el módulo

Fuente: elaboración propia en base a los datos institucionales de las encuestas: INE <http://www.ine.gub.uy/encuestacontinua-de-hogares1> (ECHs), <http://www.ine.gub.uy/encuesta-de-uso-del-tiempo-eut-> (EUT), BPS-ELPS https://www.bps.gub.uy/bps/file/9816/2/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social_presentacion-y-primerostabulados-ronda-1-2012_2013.pdf y las principales características de la ENEC (2019).

Respecto a los documentos que fueron considerados para el análisis, el cuadro a continuación resume una lista que incluye los más relevantes publicados por el SNIC desde su

inicio (2015) y el texto de la Ley 19.353, que reconoce el cuidado como un derecho para la población uruguaya. La matriz de análisis se constituyó a partir de la operacionalización de los ejes principales, buscando identificar en los contenidos aspectos relativos a la división sexual del trabajo, las desigualdades, el papel de cada sector en la provisión del bienestar y los aspectos culturales presentes a nivel discursivo en las políticas.

Cuadro 5. Documentos analizados para la caracterización de la política del SNIC

Tipo de documento	Fuente
Ley Nacional de Cuidados 19.353	https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015
Descripción institucional del programa de Asistentes Personales	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/asistentes-personales
Descripción institucional del programa Teleasistencia en casa	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa
Descripción institucional del programa Centros de Día	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/centros-dia
Posición institucional sobre los Centros de Larga Estadía para personas mayores	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/elegir-centro-larga-estadia
Informe anual 2018 SNIC	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/informacion-gestion/memorias-anales/informe-anual-2018
Informe quinquenal 2020 "La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay. Balances y Desafíos 2015-2020"	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/cuidados-informe-quinquenal-2015-2020.pdf
Instrumento de identificación y clasificación de la dependencia. Baremo de dependencia	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/formulario-de-aplicacion-baremo-de-dependencia.pdf
Rendición de cuentas	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/datos-y-estadisticas/estadisticas/cuidados-rinde-cuentas-julio-2018
Rendición de cuentas 2015-2020	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/noticias/sistema-cuidados-rinde-cuentas

Fuente: elaboración propia

Finalmente, en lo relativo a las técnicas de análisis, el presente trabajo es principalmente descriptivo, haciendo uso de la estadística como herramienta que permite descubrir regularidades y relaciones entre variables de manera descriptiva. El escaso avance sobre la estadística inferencial se debe mayormente al número de casos, pero fue posible dar cuenta de la confiabilidad de escalas, conducir análisis descriptivos básicos y también rechazar la independencia entre una o más variables de estudio, mencionadas en anexos. El análisis descriptivo contribuye a la generación de tipologías y al desarrollo del conocimiento de un fenómeno poco indagado desde la perspectiva planteada en el marco teórico y en base a los datos cuantitativos en el país. La observación empírica y generalmente descriptiva de las taxonomías y clasificaciones conceptuales propuestas en la operacionalización fue puesta en relación con variables de corte, como el índice de nivel socioeconómico en los hogares, el sexo y las edades de las personas, los grados de dependencia de las PM70dep, entre otras. La identificación del tiempo de cuidados permitió explorar ejercicios de valorización económica del trabajo no remunerado de cuidados, siguiendo los antecedentes nacionales (Salvador, 2009 y 2015) y ejercicios realizados previamente (Batthyány y Scavino, 2017). Las metodologías existentes para poder realizar valorizaciones plantean la posibilidad de estimar el costo de la producción mediante la consideración del valor de los insumos necesarios para el producto final (*output*) o del valor

mismo del producto final (*input*), siendo ambos válidos en los Sistemas de Cuentas Nacionales. La primera forma propuesta no se utiliza con frecuencia, ya que hay escasez de información sobre las unidades involucradas en la realización del trabajo no remunerado (todos los insumos y servicios efectivamente utilizados). A partir del desarrollo de las EUT, donde se cuenta con información sobre las horas de trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario, el método *input* ha sido el más utilizado, pudiéndose realizar dos ejercicios: considerar el costo de reemplazo (¿cuánto se tendría que pagar por estos servicios si se comprasen en el mercado?) y costo de oportunidad (¿cuánto valor de mercado está perdiendo una persona cuando cuida en vez de realizar su trabajo remunerado conforme a sus niveles educativos, posición socio ocupacional, entre otras?). La primera ha sido la más aplicada, recomendada por la EUROSTAT (2003), aplicada por el INEGI de México y para el caso uruguayo por Salvador (2009 y 2015, pp. 219-221). En este trabajo se sigue la metodología que analiza el costo de reemplazo, a partir del valor estimado en base a la ECH 2019, tanto del cuidado institucional como en domicilio llevado adelante para el cuidado de las personas mayores.

El análisis cualitativo, que buscó contribuir a los métodos mixtos de investigación, fue basado en el análisis de contenido de documentos y respuestas abiertas en la ENEC. El análisis de contenido alude a procedimientos interpretativos de documentos y se basa en técnicas de medida de las categorías consideradas. La sistematización de las categorías en códigos permite el procesamiento sistemático de los casos (Piñuel, 2002, p. 2) y en su desarrollo se buscó atender a tres aspectos relevante a la hora de la codificación discursiva, según Bardin (1996): que los sesgos de los/as investigadores/as no afecten los resultados, que es necesario explicitar las definiciones operativas y reglas de clasificación de variables o categorías de análisis (a continuación) y que, si otro analista repite el mismo proceso, debería llegar a los mismos resultados.

En el caso del análisis de los documentos de políticas públicas, los mismos se encuentran dentro de la investigación documental mediante la cual se organizan los documentos y se sistematiza su contenido ya sea para conducir un análisis de discurso o uno de contenido. La “expresión más característica de esta opción metodológica se encuentra en los trabajos basados en documentos recogidos en archivos (oficiales o privados); documentos de todo tipo, cuya elaboración y supervivencia (depósito) no ha estado presidida, necesariamente, por objetivos de investigación social” (Vallés, 2000, p. 109). El análisis de documentos implica el uso de lo que se entiende como datos secundarios, dado que la información a utilizar no fue creada ni construida por quien investiga, sin embargo, conforman documentos que hablan de la cultura en general, y de la institucional en particular.

La Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana (2019)

La Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana (ENEC, 2019) fue realizada durante 2019 por el Grupo de Investigación de Sociología de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) y contó con el financiamiento de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación a través del Fondo María Viñas (convocatoria 2017), “Necesidades y estrategias de cuidado en los hogares uruguayos”, a cargo de la Dra. Batthyány, así como con el apoyo de la Secretaría de Cuidados del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Buscó conocer cabalmente las estrategias de cuidados de niños/as y personas en situación de dependencia y estimar cargas y costos de cuidados. Fue diseñada particularmente para conocer las dinámicas de uso del tiempo y cuidados en hogares con presencia de población en situación de dependencia, dividida en tres grandes grupos: niños/as de 0 a 12, personas en situación de dependencia de 13 a 69 y personas en situación de dependencia de 70 años y más. Para ello, se realizó un muestreo basado en dos fuentes de datos secundarios disponibles como antecedentes: la Encuesta Longitudinal de Protección Social y el Certificado de Nacido Vivo⁸⁵ (Ministerio de Salud Pública), así como la Encuesta Continua de Hogares.

Su formulación buscó atender algunas de las limitaciones en los abordajes de los cuidados a través de las Encuestas de Uso del Tiempo desarrolladas en la región. Domínguez Amorós (2020) señaló diez puntos que pueden ser considerados lecciones aprendidas a partir del desarrollo de dichas encuestas y de la consideración del tiempo como dimensión principal para dar cuenta de los cuidados: (1) La medición del cuidado requiere su clarificación conceptual, (2) El tiempo de cuidados como concepto multidimensional, (3) Dificultad para percibir y delimitar el tiempo de cuidados, (4) Tiempo dedicado a gestión, mantenimiento, organización o responsabilidades, (5) Actividades de cuidados pasivos, (6) Las personas necesitadas de cuidados: más allá de la edad, (7) Recomponer la estructura del tiempo de cuidados: encaje y secuencia temporal, (8) La etnoestratificación, desigualdad y discriminación en el tiempo de cuidados, (9) La intermediación del sujeto, y (10) Impulsar metodologías mixtas: cualitativas y cuantitativas.

Mediante la implementación de la ENEC, no fue posible integrar todas las lecciones señaladas por el autor, pero sí algunas de ellas: la captación de los cuidados simultáneos y distintas fuentes de cuidados para cada estrategia de cuidados desarrollada, la integración de la representatividad de una población para la que las Encuestas de Uso del Tiempo no permiten realizar análisis confiables, como es la de PM70dep, la integración de cuidados “pasivos” (tiempo en que las personas están solas), una mayor flexibilidad para captar el tiempo en relación con las

⁸⁵ Se desarrolló en el marco de un proyecto originalmente financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo a nivel regional, que fue llevado a la práctica por la intervención de varios actores, como el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud, según informa la página del Banco de Previsión Social. Este último ha utilizado la encuesta como un instrumento, ya que es el encargado de otorgar las aún llamadas pensiones de “invalidez” a personas que son clasificadas en base al baremo de dependencia como personas en situación de dependencia severa: <https://www.bps.gub.uy/15328/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social.html>

listas de actividad y la capacidad de analizar la secuencia temporal (al menos durante un día). La encuesta relevó información sobre tres unidades de análisis (los hogares y las personas que en ellos viven, las PM70dep y cada persona o institución que cuida para cada persona en situación de dependencia). Integró respuestas de carácter abierto, buscando profundizar en los motivos y motivaciones para cuidar o no integrar algunos actores de cuidados en las estrategias, logrando avanzar en implementar métodos mixtos para el abordaje de sus distintas dimensiones y finalmente, integró la posibilidad de que las personas de 70 años y más en dependencia informaran por sus propias estrategias de cuidados. De esta manera, la presente indagación empírica también es una exploración en una forma complementaria de abordar a las estrategias de cuidados, entendiendo que es necesario consensuar indicadores para su medición en la región de forma tal de complementar a las Encuestas de Uso del Tiempo, que están informando principalmente Trabajo Doméstico No Remunerado y Trabajo de Cuidado de Niñas y Niños, sin lograr captar adecuadamente el Trabajo No Remunerado de Personas en Situación de Dependencia de todas las edades, ni de las personas con Discapacidad en situación de Dependencia (Aguirre y Ferrari, 2010; CEPAL, 2019 y Domínguez Amorós, 2020).

La muestra de la ENEC es representativa de los hogares con niñas/os de 0 a 12 años y de las personas en situación de dependencia (13 a 69 y 70 años y más). Los marcos muestrales fueron las ECH y los registros de Nacidos Vivos del Ministerio de Salud Pública para el caso de niños/as y en el caso de las personas en situación de dependencia, la Encuesta Longitudinal de Protección Social. Fueron elegibles los hogares de Montevideo y Área Metropolitana con al menos una persona en situación de dependencia o niño/a de 12 años o menos. La muestra fue seleccionada utilizando dos marcos muestrales diferentes (múltiples). En lo relativo a la población en situación de dependencia, la Encuesta Longitudinal de Protección Social, llevada adelante por el BPS, fue el marco fundamental y teniendo en cuenta que la prevalencia de la dependencia en la población es pequeña (5% primera ola y 17% segunda ola de la ELPS), se buscó obtener estimaciones confiables a la vez que fue necesario tomar en consideración los costos de relevamiento. El objetivo fue contar con una muestra de 1.200 casos, que permitiera obtener estimaciones confiables para distintos dominios de estudio (tramos de edad 13 a 69 y 70 y más y regiones). La submuestra de la ELPS fue seleccionada entre los hogares de Montevideo y Área Metropolitana que cumplieren con dos características: tener en su seno alguna persona en situación de dependencia, fuese el informante u otro integrante al que se le hubiese aplicado el baremo de dependencia de la ELPS o para el que se contase con estimaciones baremadas del Ministerio de Desarrollo Social, o tener al menos algún integrante menor de 9 años al momento de la realización de la segunda ola⁸⁶.

⁸⁶ Se realizó un muestreo estratificado por conglomerados en dos etapas de selección: una primera, en donde los hogares fueron estratificados según la metodología aplicada en la Encuesta Continua de Hogares, hasta 2019, correspondientes a cinco estratos socioeconómicos de Montevideo y tres del Área Metropolitana. En la primera etapa se seleccionaron hogares del Área Metropolitana (que integra zonas

Los fondos con los que se contó para el proyecto permitieron aplicar la Encuesta a nivel de Montevideo y el Área Metropolitana, para lo cual el diseño teórico supuso la realización de 1.200 encuestas, siendo finalmente 1.201 hogares los entrevistados. Se relevó información sobre 4.572 personas que representan a 1.020.845 en Montevideo y Área Metropolitana en 2019. El 17,2% de los hogares tuvo presencia de PM70dep, representando a cerca de un tercio del total de hogares de Montevideo y Área Metropolitana. Se trató de 143 hogares (48.821), en donde residen 152 PM70dep (53.268), residiendo en ellos cerca de 120 mil personas en total. En estos hogares, se hallaron 78 mil personas cuidadoras o centros de día (228), una cantidad menor a la registrada para niños y PDep13-69. Las personas informantes de todos los hogares de la ENEC fueron en un 74,8% mujeres, disminuyendo a 72,5% cuando se consideran únicamente a los hogares con PM70dep. A su vez, un 38,7% de las personas informantes fueron las personas que requieren cuidados, aumentando a 45,5% en hogares con PM70dep, y siendo PM70dep informantes un 42,2%⁸⁷. El 18,7% viven en hogares de niveles socioeconómicos altos (siendo 7,8% altos-altos y 10,9% altos), seguidos del 67% que viven en hogares de niveles medios, siendo 21,1% sectores medios altos, 18% medios-medios, y 28% medios bajos. El 14,3% de los informantes reside en hogares de niveles socioeconómicos bajos (12,3% bajos y 2% bajos-bajos), según el INSE⁸⁸.

Tabla 1. Características de las personas informantes en hogares con PM70dep en la ENEC (2019)

Sexo	Varones (27%)	Mujeres (72,5%)		
Edad de las personas informantes	Hasta 30 años (3,5%)	De 31 a 50 (21,8%)	De 51 a 70 (27,3%)	De 70 y más (47,4%)
Dependencia	No (45,5%)	Sí (54,5%)		
PM70dep	No (57,8%)	Sí (42,2%)		
Nivel socioeconómico del hogar	Alto (18,7%)	Medio (67%)	Bajo (14,3%)	

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Para las PM70dep se reconstruyeron los gradientes de dependencia a partir del marco muestral, que consideró el baremo de la ELPS y un proxy utilizado en el Baremo de Dependencia aplicado por el SNIC. La primera Ola de la ELPS detectó 286 casos de personas en situación de dependencia, mientras que este número aumentó a 501 en la segunda ola. En general, los

de Montevideo, San José y Canelones) y en la segunda etapa, hogares de Montevideo y Área Metropolitana, incluidas en la primera etapa según los segmentos censales. Se buscó obtener 900 casos que cumplieran con los criterios de elegibilidad. La muestra teórica fue dividida en sub muestras o réplicas (construidas a nivel de segmentos censales), que se utilizaron hasta alcanzar tamaños de muestra esperados por estratos. La estratificación de los hogares fue idéntica al caso de la ELPS. En la primera etapa se seleccionaron tres localidades del Área Metropolitana, con probabilidad proporcional al tamaño en base a la cantidad de niños/as elegibles. En la segunda etapa, en Montevideo y Área Metropolitana, cuyas localidades ya habían sido incluidas en la primera etapa, se seleccionaron clusters por proximidad geográfica

⁸⁷ Ver Tabla 2 en Anexos

⁸⁸ Para acceder a un conocimiento cabal de las dimensiones del Índice de Nivel Socioeconómico en Uruguay consultar CINVE (2016).

estimadores son congruentes con los de estudios anteriores como se visualiza en la tabla siguiente.

Tabla 2. Grados de dependencia en las ELPS (Ola 1, nacionales) y la ENEC (Montevideo y Área Metropolitana, 2019)

		Leve	Moderada	Severa	Total
ELPS Ola 1 (Pugliese y Sosa) Nacional 2013	65 y más	35,4	45,1	16,8	100
ELPS Ola 1 MIDES Nacional 2013	65 y más	35,4	37,2	27,4	100
	70 a 74	39,7	27,4	32,9	100
	75 y más	32,5	40,4	27,1	100
ENEC (Montevideo y Área Metropolitana) 2019	70 y más	41,3	41,8	16,9	100
	70 a 74	44,9	27,6	27,5	100
	75 o más	40,6	44,6	14,8	100

Fuente: elaboración propia en base a Colacce et al. (2021) y a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

La estructura de hogares con PM70dep es diferente al total de los hogares en la ENEC y a los hogares en Montevideo con personas de 70 años (dependientes o no) y en total. Es notorio un mayor porcentaje de personas que viven solas entre los hogares con personas mayores, e incluso entre quienes están en situación de dependencia (30,9% ECH y 22,5% ENEC), las parejas solas alcanzan un 12,4% en los hogares con PM70dep, mientras que en total son el 25,9%, lo cual puede asociarse con la necesidad de reconfigurar arreglos de convivencia ante la aparición de la dependencia, lo cual puede vincularse a la particular presencia de hogares extendidos o compuestos en el caso de las PM70dep, en relación con total de hogares en Montevideo con PM70.

Tabla 3. Hogares con personas en situación de dependencia (ENEC, 2019) y hogares en Montevideo (ECH, 2019) según presencia de personas de 70 y más

	ENEC 2019		Montevideo ECH 2019	
	Total Hogares	Total Hogares con PM70dep	Total Hogares con PM70 MVD	Total Hogares MVD
Unipersonal	4,8	22,5	30,9	20,7
Pareja sola	4,8	12,4	25,9	18,8
Pareja con hijos	47,1	5,8	6,1	31,1
Monoparental femenino	14,6	5,5	8,3	11
Monoparental masculino	0,6	1,3	1,2	1,8
Extenso o compuesto	28,2	52,5	27,6	16,5
Total	100	100	100	100

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana y Encuesta Continua de Hogares, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

En Montevideo, mientras que en el total los hogares unipersonales eran el 20,7%, cuando hay personas mayores de 70 y más el mismo alcanza al 30,9% y una tendencia similar se observa para el caso de las parejas que viven solas, en donde en el total representan un 18,8% pero en hogares con PM70 son el 25,9% del total. Finalmente, se observa que, a pesar de no saber si estas personas están o no en situación de dependencia, hay una mayor proporción de los hogares

extendidos cuando en los mismos hay presencia de PM70 que cuando no la hay (27,6% y 16,5% respectivamente).

El pequeño número de casos (tanto en el marco muestral como en la ENEC) se constituye como una limitación metodológica que impide el pasaje desde un escenario descriptivo a uno explicativo, siendo relevante avanzar en el análisis pormenorizado de todos los ítems constitutivos de las estrategias, así como la profundización de análisis en el caso de las preguntas abiertas en la encuesta. Es un desafío a futuro la realización de encuestas específicas para la sofisticación del análisis estadístico, con muestras con mayor cantidad de casos. Las subdimensiones de carga mental y emocional no fueron indagadas en la presente encuesta, aspecto que podrá integrarse en posteriores investigaciones, aunque el tiempo declarado integra las distintas actividades realizadas, tanto las directas como indirectas (pensamiento, previsión de la estrategia, llamadas por teléfono, gestiones con centros sanitarios, entre otras).

Cinco formularios fueron diseñados por parte del GISG y validados con actores relevantes tanto del Estado como de las Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en los cuidados de distintas poblaciones que los requieren⁸⁹. Uno, de carácter general relevó las características del hogar (socioeconómicas, de integración, con las relaciones de parentesco, sexo y edades de las personas que los integran), así como una serie de preguntas sobre representaciones sociales del cuidado y el papel esperado de varones y mujeres en los mismos. La mayoría de los ítems se basaron en la aplicación de escalas Likert, que variaron del uno al cinco, relevando grados de acuerdo respecto a sentencias sobre género y cuidados y de satisfacción respecto a cómo se organizan los cuidados en el hogar. Esto permitió conducir análisis tanto de los ítems como posibles descriptores en sí mismos, como de confiabilidad de algunos conceptos mediante el análisis del Alfa de Cronbach y de factores presentes en la escala.

Dos formularios apuntaron a captar el tiempo, los costos y la usabilidad de algunas formas de cuidados: uno diseñado para niños/as y otro para personas en situación de dependencia. En cuanto a la medición del tiempo, se solicitó a la persona informante que pensara en un día típico de la persona que requiere cuidados narrando en una grilla desde el comienzo del día hasta el final, quienes cuidan efectivamente (y admitiendo el registro de más de una persona cuidadora en simultáneo). Esta metodología permite captar quiénes están al cuidado, durante cuánto tiempo y si los mismos se realizan en simultáneo a otras personas cuidadoras o no. A diferencia de las Encuestas de Uso del Tiempo o la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (2013), lo que no es posible conocer mediante la metodología aplicada esta vez es qué tipo de actividades se realiza durante el cuidado, ya relevadas en este otro tipo de instrumentos. La forma de relevar los datos se asemeja a la propuesta en los libros diarios, pero suma a los antecedentes la capacidad de captar de manera completa quiénes cuidan y cuántos son en un día

⁸⁹ En el Informe Final de la Encuesta de Estrategias de Cuidados (GISG, 2020) se encuentra un detalle de todas las organizaciones y representaciones que participaron en el proceso.

típico, permitiendo avanzar en el análisis más allá de las 24 horas y de la idea de “cuidador principal”, justamente porque se propuso describir de manera completa la estrategia llevada a cabo para cuidar de cada una de las personas dependientes presentes en el hogar.

Otros dos tipos de formularios se diseñaron para conocer las características de las personas o instituciones que participaron en los cuidados. Se relevaron características sociodemográficas, aspectos relativos a las condiciones de contratación en los casos que aplicara y de los niveles educativos de las personas cuidadoras. En el caso de cada cuidador/a, se consultó sobre los motivos por los cuales esa persona o institución forma parte de los cuidados y en lo relativo a las estrategias ideales de cuidados, además de consultar sobre cómo serían las mismas, se indagó sobre la usabilidad de centros de día, larga estadía y asistentes personales, indagando de manera abierta en por qué motivos no se usarían.

De esta manera, la estrategia metodológica planteada en la ENEC permite la identificación de la cantidad de personas en situación de dependencia en un hogar, relevar información sobre la estrategia de cuidados para cada una de ellas y relevar información de cada una de las personas o instituciones que participan en cada una de las estrategias, contando con al menos tres unidades de análisis relevantes (hogares, personas en situación de dependencia y personas o instituciones cuidadoras), amén de contar con información sobre personas que conviven en el hogar pero no participan del cuidado. Esto permite captar la red entre hogares particulares que se establece para el cuidado, no así el vínculo entre los hogares particulares y colectivos. En cuanto a los aspectos éticos, se brindó un consentimiento informado en donde se explicaron los contenidos centrales de la encuesta, los objetivos para los cuales sería utilizada la información, los posibles riesgos para la población encuestada, el anonimato en el uso de la información y la voluntariedad en la participación, así como la libertad para dejar de participar en cualquier momento durante el desarrollo de la entrevista.

Limitaciones y potencialidades del diseño metodológico

El análisis se plantea para el período de tiempo de 2015-2019 y por momentos se extiende a 2006 hasta 2019, con el fin de observar tendencias en un período más amplio al del desarrollo del SNIC en Uruguay. Buena parte de los datos son exclusivamente de 2019 y el análisis principal es relativo a un período previo a la pandemia por covid-19 y los sucesivos cambios sociales que la acompañaron. En el estudio se considera que la complementación de métodos y la innovación metodológica de la ENEC como instrumento en sí mismo para dar cuenta de las estrategias de cuidados constituyen potencialidades del presente análisis. No obstante, la robustez de algunas conclusiones podría mejorar integrando análisis inferenciales, para los cuales es preciso contar con muestras periódicas, estudios longitudinales y un número de casos mayor, lo que depende del interés que los Estados e Institutos de Estadística nacionales e internacionales dispongan en torno a la presente temática. Como ya fue mencionado, el escaso

número de casos permite un análisis de carácter principalmente descriptivo, que podría mejorar en cuanto a sus condiciones inferenciales. A su vez, es importante reconocer que la exclusión de las personas que residen en centros de larga estadía, en situación de calle o privadas de libertad representa sesgos relativos a poblaciones que se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad social y a las que no suele accederse mediante encuestas a hogares particulares. Como ya se mencionó, en el primer caso, se intentó complementar con información disponible parte del análisis de las estrategias de cuidados de PM70dep.

Claramente, esta estrategia de investigación no es un estudio de caso concreto de cuidados comunitarios o cooperativos, o en domicilio, sino que busca conocer cómo se distribuye la producción y recepción de los cuidados como parte del bienestar social, siendo análisis que profundicen en otros aspectos emergentes del presente trabajo o de otras preguntas de investigación, proyectos de investigación posibles de desarrollarse en otro momento. Dentro de las potencialidades, se considera que el conocimiento de las estrategias de cuidados en sus múltiples dimensiones aportará al desarrollo de líneas de investigación sobre cuidados no remunerados, vejez de las mujeres y estudios relativos a la Seguridad Social y el bienestar (tanto en sus dimensiones financieras, económicas y culturales).

A su vez, la exploración sobre los sectores centrales en la participación de las estrategias de cuidado de las personas mayores de 70 años o más a través de otras fuentes de datos y de documentos, nos permite profundizar y relacionar, evaluando el vínculo con los datos de la encuesta. Esta información es analizada en función de los principales debates y categorías teóricas, lo que permite proponer tipologías de estrategias de cuidados a nivel macro, vinculándolas con sus expresiones micro-sociales e individuales. Y a su vez, intenta poner a prueba algunas soluciones a las diez lecciones aprendidas de la medición de los cuidados a partir del tiempo (Domínguez Amorós, 2020).

7. ANÁLISIS

La antesala: ¿cómo cuidan el Estado y el mercado?

En este primer capítulo, de manera breve, buscamos responder a la pregunta específica 1 y al objetivo específico 1, relativos a la dimensión de la materialidad de las estrategias de cuidados: ¿qué políticas públicas de cuidados desarrolla el Estado y qué tipo de trabajo produce el mercado? La misma permite profundizar en las características materiales en las cuales se encontraba el cuidado en 2019 cuando fue realizada la ENEC (2019). Además, particularmente en el caso de las características de empleo producidas por el mercado laboral, los indicadores permiten evaluar la presencia de cambios o no a partir de la implementación del SNIC en 2015, ya que se consideran períodos más amplios. En primer lugar, se abordarán las políticas de cuidados desarrolladas por el Estado desde el SNIC y no desde otras organizaciones o niveles de

gobierno para, en segundo lugar, analizar las características del trabajo en el marco del mercado de empleo.

Estado: reconocimiento del derecho y limitaciones en los hechos

Es de interés profundizar en las políticas de cuidados como parte de la protección social y así poder reconocer el papel del Estado en la producción del bienestar social y del *social care*. Las políticas sociales son instrumentos capaces de redistribuir oportunidades entre el total de la población o no hacerlo, dependiendo de sus coberturas, del nivel de participación de las poblaciones implicadas en el cuidado en su definición, entre otros rasgos centrales, como su adecuada organización y financiamiento. Es por esto que resulta interesante abordar cómo es la materialidad de la participación del Estado, teniendo en cuenta su proceso reciente en torno al cuidado de las PM70dep.

El Estado uruguayo ha sido pionero en la región por el reconocimiento de los cuidados como un derecho y en su contribución a la visibilidad del mismo como un trabajo central para dicha sociedad al poner al cuidado en la agenda pública. Particularmente, a partir la promulgación de la Ley 19.353 de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. El SNIC quedó definido en el Artículo 3, parte B como un entramado de acciones públicas y privadas que brindan atención a las necesidades de la vida diaria:

Sistema de cuidados: el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como asimismo la regulación de las personas que cumplen servicios de cuidados (Art.3.b, Ley 19.353).

Siendo el concepto de cuidados en la Ley:

las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes (Art.3.a, Ley 19.353).

Si bien en la Ley los cuidados quedan restringidos a la población en situación de dependencia (que dependerá de su definición desde el ámbito público) y a niñas/os, el avance al declarar al cuidado como un derecho admite que el Estado asume un rol en garantizar su cumplimiento.

Para ello, necesita poner en marcha una serie de políticas públicas que busquen cuidar de manera directa y variada, teniendo en cuenta las diferencias e intersecciones entre las múltiples necesidades de cuidados y los múltiples posicionamientos sociales. A su vez, la ciudadanía tiene la capacidad de reclamar en caso de incumplimiento. En este sentido, es importante distinguir el papel del reconocimiento del derecho como parte de un giro en la “cultura” de los cuidados y las improntas de las políticas⁹⁰ en los principios orientadores del SNIC, planteados en el Artículo 4, entre los que se encuentran la universalidad y la progresividad, la solidaridad en el financiamiento, la consideración de los formatos ideales de cuidados para las personas en situación de dependencia y la contribución a la modificación cultural de la división sexual del trabajo (SNIC, 2020). No obstante, algunas contradicciones se observan en el planteamiento de dichos principios rectores. Por ejemplo, estrictamente universalidad y progresividad son dos principios en pugna: la progresividad implica la ausencia de la universalidad en todos los estadios previos a que la misma se alcance. Y, si bien el financiamiento se plantea como solidario (dando lugar a los sistemas de co-pagos y ubicando la responsabilidad entre distintos actores), es necesario considerar los altos costos del cuidado a la hora de estratificar las distintas posibilidades de pago de los hogares y estimar adecuadamente la magnitud de los costos que implica desarrollar un SNIC. Respecto a la división sexual del trabajo, mientras que en sus principios rectores la intención es la modificación de los aspectos culturales de la misma, en los objetivos del sistema, Artículo 9 de la Ley 19.535, se alude concretamente a la promoción de un cambio (material) en la división sexual del trabajo (inciso F), colocando en la Ley el reconocimiento del cuidado como un aspecto central del bienestar y del trabajo no remunerado realizado por las mujeres, como una restricción para el ejercicio libre de sus derechos. Como se mostró anteriormente, la división sexual del trabajo en el cuidado de las PM70dep aún presenta una clara asunción de los costos y una clara mayor dedicación de las mujeres, en todos los niveles socioeconómicos y en hogares con personas con distintos grados de dependencia.

Dentro de los objetivos del SNIC, la Ley 19.353, en su artículo 9 propone los siguientes:

(A) Impulsar un modelo de prestaciones de cuidados integrales basado en políticas articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, intervención oportuna y, siempre que sea posible, la recuperación de la autonomía de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia. (B) Promover la participación articulada

90 Universalidad, progresividad, articulación y coordinación de las políticas de cuidados, con otras políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios y las prestaciones de cuidados a las personas en situación de dependencia y consideración de las preferencias sobre el tipo de cuidado a recibir. Permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno donde desarrollan su vida diaria, siempre que sea posible. La inclusión de la perspectiva de género y generacional, teniendo en cuenta las necesidades de mujeres, hombres, y grupos etarios, promoviendo la superación cultural de la división sexual del trabajo y la distribución de tareas de cuidados entre todos los actores de la sociedad. La solidaridad en el financiamiento, asegurando la sustentabilidad en la asignación de recursos para la prestación de cuidados integrales.

y coordinada de prestadores de servicios y prestaciones de cuidados, públicos y privados. (C) Promover la optimización de los recursos públicos y privados de cuidados, racionalizando el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad instalada y a crearse. (D) Promover la regulación de todos los aspectos relativos a la prestación de los servicios públicos y privados del SNIC. (E) Profesionalizar las tareas de cuidados a través de la promoción de la formación y capacitación de las personas que presten servicios de cuidados, incentivando su desarrollo profesional continuo, el trabajo en equipos interdisciplinarios, la investigación científica, fomentando la participación de trabajadores y personas en situación de dependencia. (F) Propiciar el cambio de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad de género y generacional como principio orientador y (G) Impulsar la descentralización territorial, buscando contemplar las necesidades específicas de cada comunidad y territorio, estableciendo acuerdos y acciones conjuntas con Gobiernos Departamentales y Municipales cuando correspondiere.

Estos objetivos se establecieron en la creación, pero el andamiaje, financiamiento, desarrollo de institucionalidad, diversificación de propuestas está lejos de estar consolidado, lo que evidencia un proceso de creación de política de “arriba hacia abajo” y de “ley hacia realidad”, contrariamente a la hipótesis de que el SNIC fue creado de “abajo hacia arriba” (De Santiesteban, 2023). Los procesos mediante los cuales se da en el debate público y gubernamental un lugar al pensamiento y diseño de un sistema de cuidados parecen arrojar resultados diferentes en sus formas de implementación. Por ejemplo, tanto en Inglaterra como en Escocia se anticiparon costos de cuidados en debates parlamentarios, reflejados en las Actas de cuidados de 2014 (actualmente en revisión)⁹¹. Si bien los cuidados en Inglaterra, luego de la reciente crisis, han mermado en cobertura y calidad y es notorio que existen estímulos para la familiarización del trabajo de cuidados, el proceso de planificación del sistema fue anterior a su implementación. Así, mientras que en otros países la participación directa de las personas mayores en el diseño de sus trayectorias de cuidados es central, tanto en Uruguay como en las políticas desarrolladas en algunos países de América Latina, el papel participativo de las personas que necesitan cuidados, las personas cuidadoras y el respeto a su cultura no se encuentran claros en los procesos de diseño ni en los relatos sobre el desarrollo de las políticas de cuidados (SNIC, 2020).

El desarrollo del SNIC en Uruguay se ubicó entre los años 2015-2020, año en el cual cambió el signo del partido de gobierno, ya que luego de quince años de presencia de la izquierda (Frente Amplio) volvió al gobierno una Coalición de Partidos: Nacional, Colorado, Independiente y la vuelta de los militares a la esfera política a través del partido Cabildo Abierto. Antes de este cambio de signo político, el SNIC logró un aumento en la cobertura de centros de cuidado infantil y de diversidad en las formas de cuidados propuestas, como por ejemplo las

91 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/01/integrating-care-next-steps-to-building-strong-and-effective-integrated-care-systems.pdf>

Casas Comunitarias de Cuidados (SNIC, 2020). También se introdujeron modificaciones a las leyes sobre licencias por maternidad, paternidad y antes llamada “medio horario por lactancia”. La licencia de maternidad y paternidad se ampliaron, las mujeres tienen catorce y quince semanas, dependiendo del sector que integren, y los varones pasaron de tener tres días hábiles o no hábiles a trece, lo cual muestra una fuerte desigualdad en el acceso al tiempo de cuidados en el caso de los varones. El anterior medio horario por lactancia se transformó en medio horario parental, por cuidados, optativo entre varones y mujeres. Si bien en su amplia mayoría es tomado por mujeres –96% (Batthyány, Perrotta, Genta, 2018)– y adolece de la capacidad de redistribuir el cuidado con igualdad garantizando el derecho al tiempo de cuidados para niñas/os de 0 a 2 a las personas como un derecho individual e intransferible (propio del padre, madre o persona responsable), la modificación de la ley contribuyó a la representación del cuidado como un derecho, y más allá de la visión biologicista del cuidado centrada en la lactancia, lo representa como un tiempo con el que las personas necesitan contar para involucrarse en la crianza (Perrotta, 2020).

Las licencias carecen de potencial redistributivo, en tanto reproducen las desigualdades entre mujeres y varones en sus posiciones en el mercado laboral, además de que representan una política que implica solo a la proporción de personas trabajadoras formales (en Uruguay, 20% en 2022).

Incluso teniendo estas falencias redistributivas, el SNIC no planteó la ampliación y homogenización de licencias por cuidados de personas en situación de dependencia, que como se mostró en trabajos anteriores, las mismas existen en el ámbito público, pero de manera muy reducida en cobertura, segmentada y dependiendo del tipo de organismo del Estado del que se trate, siendo además de muy corta duración (Salas, 2012 en Scavino, 2018). La escasa propuesta de diversidad de instrumentos de cuidados para las personas en situación de dependencia en el SNIC evidencia un desconocimiento de las especificidades de los distintos grados de dependencia y de las importantes particularidades de las necesidades en cada caso (que pueden ser tan variados como demencias, Parkinson, cáncer, Alzheimer, enfermedades cardíacas agudas, crónicas, parálisis, entre otras).

Como ya se adelantaba, el SNIC desarrolla un set de políticas restringido e incipiente en relación con cuidado de las personas mayores. El siguiente cuadro resume sus principales características, considerando el período 2015-2020, a fin de realizar estimaciones sobre su cobertura, su nivel de familiarización o desfamiliarización y su contribución efectiva a la modificación de la división sexual del trabajo.

Cuadro 6. Principales características de las políticas de cuidados para personas mayores en situación de dependencia en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados hasta 2019

	Población objetivo	Breve descripción	Gratuidad	Cobertura sobre la población en situación	Tipo de política de cuidados	P m d d

				de dependencia		
Programa de Asistentes Personales ⁹²	Personas entre 0 y 29 y de 80 o más años con dependencia severa	Es el servicio que atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa ⁹³ , es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas (alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras).	Garantizada solo para hogares Hasta 3 BPC: Subsidio total. De 3 BPC a 6 BPC: 67 % del subsidio, De 6 BPC a 11 BPC: 33 % del subsidio, A partir de 11 BPC: 0 % ⁹⁴	Al cierre de 2019, 6.000 personas aproximadamente. (33,9% o 9,5%)	Servicio de cuidados en domicilio. Cuidadoras del RNC. No pueden ser familiares de las personas cuidadas.	M p (h d d fa
Programa de Teleasistencia ⁹⁵	Personas mayores de 70 años con dependencia leve ⁹⁶ o moderada ⁹⁷	Teleasistencia en casa es un servicio que permite que las personas mayores de 70 años con dependencia leve o moderada avisen a su familia, vecinas/os o servicio médico ante cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que al ser presionado activa una conexión con un centro de atención, disponible 24 horas durante todo el año.	Subsidio en función de los ingresos del hogar y el número de personas con las que se cohabita ⁹⁸ . En 2019 aquellos hogares con salarios menores a 12.426 pesos no pagan. De 12.462 a 24.924 el Estado paga 67% del valor más iva, de 24.924 a 45.694 el estado paga 0%, siendo los hogares quienes pagan el 100% del servicio solicitado.	A noviembre de 2019 a 1.371 personas (3% o 2,2%)	Servicio de tele asistencia, sin interacción real con la población.	B ti c
Centros de Día ⁹⁹	Personas mayores de 65 años con dependencia moderada o leve	Los Centros de Día brindan cuidados integrales a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve o moderada y que viven en sus hogares. En ellos, se realizan actividades culturales, recreativas y de estimulación física y cognitiva junto a un equipo de profesionales.	Sin costo	9 en el país, ninguno en Montevideo . A noviembre de 2019, 184 personas (0,4% o 0,3%)	Servicio de cuidados diario.	M P (h d d fa
Regularización Centros de Larga Estadía ¹⁰⁰	Personas en situación de dependencia, frecuentemente	Hogares o residenciales que brindan, en forma permanente, cuidados a personas mayores. Ofrecen vivienda,	No hay centros públicos, si hay subvenciones de cupos cama, siendo	Idem anterior	Servicio de cuidados de larga duración.	A d c tr

92Fuente:<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/asistentes-personales> (Última consulta: 31 de julio de 2022).

93 Aquellas personas que necesitan de terceras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro del hogar o funciones mentales básicas, higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar posición del cuerpo, levantarse, acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocimiento de personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas (SNIC, 2018, pp.4-5)).

94 Fuente: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/node/640> (Última consulta: 31 de julio de 2022).

95Fuente: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa> (Última consulta: 31 de julio de 2022).

96 Son aquellas personas que necesitan ayuda de terceras personas para determinadas actividades. Se podrían beneficiar de algún componente del SNIC, dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite y puede complementarse con otras prestaciones (SNIC, 2018, p. 5)

97 Personas con necesidad de ayuda de terceras personas para salir del hogar, realizar tareas domésticas o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidados, movilidad, orientación o funcionamiento mental básico sin llegar a niveles de dependencia severa (SNIC, 2018, p. 5).

98 A la suma de ingresos, se le resta \$11.160* (equivalente a pensión por invalidez) y el resultado se divide entre el número de integrantes.

99 Fuente: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/centros-dia> (Última consulta: 31 de Julio de 2022).

100 Fuente: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/elegir-centro-larga-estadia> (Última consulta: 31 de Julio de 2022).

en cuidados¹⁰³. En general, las cuidadoras (90% mujeres¹⁰⁴) tienen bajos niveles educativos en promedio y la profesionalización del cuidado sería una posibilidad nueva para un sector de la población que ya está realizando dicho trabajo, que cuenta con saberes adquiridos, pero que no puede acreditarlos adecuadamente, aportando a su progreso educativo. La apuesta por la profesionalización requiere de mayores niveles de inversión para el establecimiento de salarios acordes a la formación de las cuidadoras y a una necesaria diversificación de sus perfiles, de manera de que el Estado contribuya con la fijación de precios, debatidos en los consejos de salarios. En este sentido, el aumento de los niveles educativos y la profesionalización de las trayectorias implicarían una contribución a la valorización económica de estas tareas, lo que permitiría el desarrollo de procesos de redistribución material hacia las mujeres y otras identidades que están cuidando y, por tanto, la reducción de las brechas salariales de género en el mercado laboral. En este contexto, ni la Universidad de la República ni la Universidad del Trabajo del Uruguay han presentado algún tipo de trayectoria educativa posible en cuidados, siendo que en el país el cuidado, por ejemplo, de bebés, es principalmente desarrollado por Universidades Privadas subvencionadas por el Estado. Esto implica asumir un debate público sobre las formas de financiamiento de los sistemas de cuidados y sus diferentes posibilidades, incluyendo reflexiones acerca de cómo redistribuir el capital generado en el total de la población, para lo cual el Estado tendría un papel fundamental en reducir los niveles de acumulación del capital económico y de los recursos.

Respecto a las condiciones laborales propuestas e implementadas por el Estado en el caso del Programa de Asistentes Personales, se destacan una serie de problemáticas, como la falta de claridad en el inicio y cese de los contratos (por ejemplo, ante defunciones, el cese se registró como un despido¹⁰⁵). Si bien en las capacitaciones se insiste en dar a conocer que las trabajadoras no deben realizar trabajo doméstico en el marco de sus roles como Asistentes Personales (Van Rompaey y Scavino, 2020), en la práctica no se cuenta con herramientas de regulación y seguimiento de estos aspectos concretos del trabajo, ya que los principales empleadores son los hogares particulares y no el Estado, que hasta 2023 no se ha planteado supervisar el servicio. La falta de soporte (equipo de trabajo) para las trabajadoras, así como del desarrollo de políticas para promover su bienestar, también es una limitación en el diseño del Programa de Asistentes Personales (Davies, 1995; Recio, 2014; Van Rompaey, 2017). Esto es particularmente grave, ya que todos los antecedentes de estudios de este tipo de trabajo indican una mayor propensión a la “quemazón emocional” o síndrome de *burnout* en la población cuidadora, para lo cual pueden ponerse en marcha sistemas de alivio, como horarios rotativos de descanso, apoyo de supervisión,

103 Ver Van Rompaey y Scavino (2020) para profundizar en este punto y en la formación impartida para Asistentes Personales.

104 Según SNIC (2020, p. 96), 90% de las AP son mujeres y casi la mitad tienen entre 30 y 49 años, y un 30% 50 y 64 o más.

105 Por ejemplo, cuando las trabajadoras del cuidado no podían continuar trabajando por defunción de la persona cuidada, el cierre del contrato necesariamente se establecía como un despido, sin contarse con otra figura.

espacio de intercambio y seguimiento del programa en reunión semanal, entre otros (Brotheridge y Grandey, 2002; Zapf, 2002). Incluso, las cuidadoras, que se ven expuestas a mayores niveles de estrés y riesgos por la realización del trabajo en el ámbito privado del hogar de las personas cuidadas, lo cual afecta sus niveles de depresión y quemazón emocional, necesitan generar estrategias para cuidarse y continuar con su trabajo (Krojer, Lehn-Christiansen y Nielsen, 2014; Maj Brit et al, 2017; Barling, Rogers y Kelloway, 2001). Van Rompaey (2017) detectó estrategias de autocuidado emocional en el trabajo y fuera de él, estrategias de prevención de riesgos en el ámbito doméstico, entre otras) para el caso del servicio de atención domiciliaria (público) de Barcelona en 2015 y el de Uruguay (privado) previo al desarrollo en el SNIC. Un ejemplo de organización en territorio y colectiva (buscando la prevención del *burnout* de las cuidadoras) se encuentra en la organización de equipos de cuidadoras en políticas de cuidados para personas en situación de dependencia, en el caso de las “supermanzanas del cuidado” (en Barcelona), que se articularon con las propuestas de vitalidad de los entornos, diversidad, accesibilidad, proximidad, autonomía y representatividad como principios del urbanismo feminista (Ciocchetto, 2014; Falú, 2018). En las mismas se proponen circuitos de cuidados cotidianos en donde colaboran comercios de cercanía¹⁰⁶ que son identificados como parte de los circuitos de las personas mayores, así como se adjudica a un equipo de trabajo de asistentes personales el trabajo en territorio con las personas que habitan dicha súper-manzana. Establecen un vínculo con distintas personas en situación de dependencia de las diez manzanas y rotan el trabajo, así como también articulan sus acciones con las redes comunitarias.

En Ontario y Nueva Zelanda (Steele Grayet al., 2020) los modelos de atención domiciliaria son financiados en buena medida por el Estado, y los formatos articulan visitas en domicilio con “centros comunitarios de salud”, situados en territorio. Presentan esquemas de reporte de dificultades en el trabajo por parte de las cuidadoras, prevén rotación en el servicio para salvaguardar su salud física y emocional y articulan las formas del cuidado con las personas que los necesitan.

En la experiencia uruguaya, el Programa de Asistentes Personales (con las características antes mencionadas) es el que más se ha desarrollado en términos de cobertura de las necesidades de personas en situación de dependencia severa, siendo la cobertura cercana a 30% (cuando se consideran solo las personas de 80 y más con situación de dependencia, es decir, de la población objetivo real del programa). El mismo no es gratuito (sólo para los hogares con carencias de ingresos). Ofrece muy poco tiempo diario (80 horas mensuales, 2.6 horas diarias, 4 si se considera de lunes a viernes¹⁰⁷) y de manera continua. En general, representa una garantía

106 Ver los ejemplos del desarrollo de supermanzanas y servicio de atención domiciliaria y proyecto Radars para el caso barcelonés: https://treball.barcelonactiva.cat/porta22/images/es/Trabajo%20de%20Cuidados%20en%20personas%20mayores%20dependientes_tcm24-52955.pdf

107 Como vimos, las horas generadas para cuidar de las PM70dep con dependencia severa ascienden a 21 en el promedio de un día típico, por lo tanto 4 horas diarias es una cobertura muy baja y que además no

de cuidados para las personas en situación de dependencia, aunque sus condiciones de provisión dependen de las distintas características de las viviendas particulares y de las familias con las que las asistentes deben entrar en diálogo. Y, si bien un 60% de las viviendas en donde los referentes del hogar tienen 65 años o más no presentan problemas, según la tipología de Casacuberta (2006 en Bellomo y Nuñez, 2022), la misma no tiene en cuenta si las viviendas se adaptan o no a las necesidades de cuidados (por ejemplo, si hay problemas de movilidad y presencia de escaleras, entre otra amplia gama de indicadores necesarios para una mejor caracterización de este punto). Ante la fuerte presencia de cuidados familiares, el desarrollo del programa AP aparece como una política de alivio para las cuidadoras principales, que continúan siendo las mujeres cuidadoras de las familias, como se evidenció anteriormente. Es decir, que la misma es una política de desfamiliarización parcial porque se sitúa en las viviendas privadas de las personas y supone que alguien más continúa cuidando.

En el caso del Programa de Asistentes Personales, quedó en evidencia que la estrategia del Estado de “tercerizar” el cuidado oficiando de nexo entre cuidadoras en el mercado privado y los hogares genera condiciones de desprotección laboral importantes, lo que condujo a serias problemáticas de sostenimiento en el empleo y percepción de ingresos por parte de las cuidadoras durante la pandemia por covid-19. Por ejemplo, en la página oficial de Sistema de Cuidados este mensaje fue dirigido a las trabajadoras Asistentes personales y las trabajadoras del Registro Nacional de Cuidadores del estado: “No tenemos ninguna definición preestablecida sobre la continuidad de tu trabajo en el marco de esta emergencia sanitaria. Los acuerdos de trabajo a partir del Programa de Asistentes Personales *son entre privados* y deberás conversar con la persona usuaria y su familia sobre cómo proceder. Recordá que siempre que tengas dudas sobre tu situación laboral, podés comunicarte con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social” (SNIC, 2021, p. 6, - el *énfasis* es de la autora-). Estos aspectos se comparten con las problemáticas de la Ley de Dependencia experimentadas en España, de donde proviene en buena medida, el modelo de atención a la dependencia tomado por el SNIC.

Esto hace explícito que el Estado terceriza y no desarrolla cuidados de primera mano mediante dicho programa. En el contexto de la pandemia, el trabajo de las cuidadoras y trabajadoras domésticas se vio particularmente afectado y, sumado a esto, lejos de expandirse o crear soluciones para hacer frente a las engrosadas necesidades de cuidados de las personas mayores ante el confinamiento voluntario, el programa de Asistentes Personales no tomó nuevos casos (es decir, disminuyó su cobertura real) durante 2020 a 2022. Esto suscitó reclamos desde

puede subdividirse en distintos momentos del día, para articular con las necesidades de la población cuidadora.

el Sindicato Único de Asistentes Personales¹⁰⁸, así como de la Red Pro Cuidados¹⁰⁹, Organización de la Sociedad Civil que busca preservar los derechos al cuidado.

La desfamiliarización parcial en centros de día es distinta en este sentido, porque homogeniza las condiciones en las cuales se brinda el cuidado, que se brinda completamente en ausencia del cuidado familiar no remunerado. Sin embargo, el desarrollo de 9 centros de día en todo el territorio nacional, no alcanza a contar con más de 300 usuarios. Finalmente, el Estado no promueve la creación de centros de larga estadía públicos, con lo cual no garantiza mecanismos totalmente desfamiliarizadores que permitan dar un cuidado de calidad y gratuito a las personas en situación de dependencia que así lo necesitan o que no cuentan o no quieren contar con la participación de familiares o allegados como responsables de su cuidado directo. Y en cuanto a su papel de fiscalización, desde 2020 se ha avanzado en la regulación de los centros por parte de Inmayores, el instituto a cargo de las políticas para personas mayores. En el listado de centros habilitados para 2022, solo 34 ELEPEMS lo están en todos los departamentos por fuera de la Capital, mientras que en Montevideo hay 110 centros habilitados¹¹⁰. Si recordamos que en Montevideo en 2015 había 458 centros de cuidados de larga duración, y desconociendo el total de los existentes en 2023, los mismos representarían menos de un 30% del total de los centros existentes, siendo que la mayoría de los centros permanece funcionando sin contar con las habilitaciones correspondientes. Si ubicamos en el mapa a los ELEPEMS habilitados por el Estado y recordamos la distribución territorial de las personas mayores con limitaciones en la corona periférica de Montevideo (Núñez, 2013), es claro que la oferta está desarrollada en donde la presencia de PM65 con limitaciones es menor, pero los niveles económicos son más altos. Como muestran Falú y Colombo (2022), la distribución territorial de los centros de cuidados suele evidenciar su fuerte segmentación social, por lo que queda al descubierto que sin un desarrollo del Estado que garantice oportunidades equitativas a las personas de sectores económicos más vulnerados, en donde hay mayor presencia de PM70dep, el mercado brindará servicios para quienes puedan costearlos a buen precio.

Mapa 4. ELEPEMS habilitados por el MSP en Montevideo

108 <https://www.pitcnt.uy/novedades/noticias/item/3905-sindicato-unico-de-asistentes-personales>

109 <http://www.redprocuidados.org.uy/>

110 Ver documento: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/listado-establecimientos-habilitados-certificados-msp-alojan-personas>



Fuente: elaboración propia en base a la revisión de documentos oficiales referenciados (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/listado-establecimientos-habilitados-certificados-msp-alojan-personas>) y la herramienta Google Maps. Disponible: <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?hl=es&mid=1tYCeZ0q77340AI4WS24lUatgMiNJag&ll=-34.85483072063985%2C-56.20957494588975&z=12>

Respecto a los servicios de Teleasistencia, los mismos alcanzan apenas un 3% de la población con dependencia leve y no contribuyen a la desfamiliarización ni a la modificación de la división sexual del trabajo, siendo también un modelo individualizante de atención, en donde la persona mayor se comunica con una tele-asistente. No proveen tiempo de cuidados, ni satisfacen cabalmente las necesidades de cuidados, solo una parte, como la necesidad de información o asesoramiento para la resolución de aspectos sorpresivos o necesidad de ayuda en la vida cotidiana. Finalmente, los centros de día apenas se han desarrollado, siendo su cobertura menor al 0,5% de las personas en situación de dependencia leve o moderada y no hubo hasta el momento desarrollo de oferta de centros de larga estadía para personas mayores del sistema (su acción central fue promover mejoras en las habilitaciones y regulaciones de los mismos).

Las condiciones para la desfamiliarización del cuidado no se presentan de manera cabal en las políticas actuales, así como tampoco la universalización (cobertura) ni la suficiencia (que no está definida en las políticas). Esto se vincula con que la construcción de las políticas fue planteada como un proceso, pudiéndose desarrollar y transformar la política de cuidados desde el Estado y las formas que despliega para cuidar.

Por otro lado, en lo relativo al financiamiento, una institucionalidad adecuada para garantizar cuidados de manera universal, diversa y gratuita requiere sólidas convicciones en la política económica, que permitan desarrollar el andamiaje requerido para desarrollar un sistema de cuidados. Múltiples son las preocupaciones acerca de cómo financiar sistemas de cuidados. No obstante, pocas son las preocupaciones por engrosar los ingresos del Estado mediante la adecuación de la estructura estatal a las nuevas formas de la economía global, lo cual se expresa en la recientemente aprobada Reforma de la Seguridad Social en Uruguay, que aumenta la edad jubilatoria mínima, la cantidad de años de trabajo para acceder a ella, y los cambios en las tasas

de reemplazo tienden a disminuir los montos de jubilaciones y pensiones (Scavino y Aguirre, 2022). A su vez, es preciso considerar que el cuidado es una prioridad más allá del desarrollo de determinadas industrias, por lo tanto, la dimensión política de la negociación económica en el diseño de los sistemas de cuidados es central para comprender los niveles de desenvolvimiento de los SNICs. Durante el desarrollo del SNIC en Uruguay, una vez aprobada la mencionada Ley de Cuidados, en el período 2015-2020, la inversión destinada fue de 775 millones de dólares en todo el período, lo que representa 0,4% del PIB nacional, y contó con importantes apoyos del Banco Interamericano de Desarrollo. En relación conEn relación con año 2019, la rendición de cuentas establece que se invirtieron 206 millones de dólares, lo que representa el 0,36 % del producto interno bruto (PIB) para todo el país, para todas las poblaciones que requieren cuidados (niñas/os, –particularmente de 0 a 3 años–, personas en situación de dependencia de todas las edades y las propias personas cuidadoras). Teniendo en cuenta el presupuesto asignado para el desarrollo de todas las políticas de cuidados, se estimó el valor económico del trabajo no remunerado de cuidados de PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana para el año 2019. Se siguió la metodología aplicada en las Encuestas de Uso del Tiempo en el país (Salvador, 2009 y 2015) y los detalles en cuanto a la asignación del precio de las horas se resumieron en la operacionalización de la medición de costos¹¹¹. Si bien se profundizará más adelante sobre la valorización del TNR de cuidados en las estrategias de cuidados de Montevideo y Área Metropolitana, es importante mencionar que en todas las estimaciones relativas al cuidado no remunerado en salud y el cuidado de personas mayores (que son sólo dos poblaciones con necesidades específicas) la producción del trabajo no remunerado es muy superior a la inversión del Estado en desarrollo de servicios. En este marco, es importante considerar que en los países en donde los Estados invierten en el desarrollo de políticas de cuidados en general (incluyendo las de PM70dep), se visualizan mayores niveles de empleo de las mujeres familiares que participan en los cuidados, por ejemplo, en Suecia, Dinamarca y Noruega, el 80% de las mujeres cuidadoras participan del mercado laboral, pudiendo desarrollar otros proyectos vitales y contar con autonomía económica.

¹¹¹ Es preciso recordar que se trata de un ejercicio de valorización de mínimas, porque tomar el valor hora que el mercado asigna para la realización de estos trabajos es, de manera implícita, tomar como referencia un valor desvalorizado tanto en el precio como en las condiciones de empleo de las trabajadoras remuneradas del cuidado, aspecto en el que se profundizará en el análisis del mercado como sector proveedor de cuidados. En este sentido, es necesario dejar en claro que la asignación de valor hora promedio del trabajo remunerado de cuidados para personas mayores permite únicamente conocer cuánta cantidad del PIB debería invertirse para remunerar el trabajo de cuidados producido bajo las condiciones actuales de asignación de valor por parte del mercado, no para una producción de cuidados de calidad. Además, como señaló Durán (2003 en Salvador, 2015) a este valor debería sumársele el coste de los aportes a la seguridad social, garantizando el acceso a ingresos durante las vejez de las personas cuidadoras y trabajadoras domésticas. Este aspecto no está contemplado en el cálculo, otro motivo para pensar que el valor real del trabajo es superior al aquí estimado.

El gráfico muestra la correlación entre el gasto público y la tasa de empleo con responsabilidades de cuidado. Suecia y Dinamarca lideran en gasto público, mientras que Indonesia tiene la tasa de empleo más baja.

País	Gasto público como porcentaje del PIB (%)	Tasa de empleo con respecto a la población de las mujeres con responsabilidades de cuidado (%)
Suecia	8.8	85
Dinamarca	8.5	82
Países Bajos	7.8	75
Noruega	7.2	80
Francia	7.0	70
Bélgica	6.5	75
Islandia	5.8	72
Luxemburgo	4.8	78
Nueva Zelanda	4.5	62
Colombia	4.2	58
Suiza	4.2	55
Francia	4.1	78
Austria	3.9	62
Alemania	3.8	65
Eslovenia	3.8	68
República Checa	3.8	62
Países Bajos	3.7	72
Eslovenia	3.7	80
Holanda	3.6	60
Polonia	3.6	72
Francia	3.5	65
Japón	3.4	50
Letonia	3.3	70
Irlanda	3.2	55
Portugal	3.1	78
Hungría	3.0	62
Australia	2.9	55
Eslovenia	2.8	70
Eslovenia	2.7	72
Brasil	2.6	55
Estados Unidos	2.5	68
Canadá	2.4	58
República de Corea	2.3	52
China	2.2	58
Chile	2.1	52
Grecia	2.0	40
Suecia	1.9	38
México	1.8	48
Turquía	1.7	28
India	1.6	28
Indonesia	1.5	55

Teniendo en cuenta lo expuesto para el caso del Estado como cuidador, se evidencia una escasa participación y corresponsabilización por parte del mismo, tanto en las formas propuestas en el diseño de las políticas de cuidados de PM70dep, así como en el financiamiento y la formación de cuidadoras. Al no hacerse cargo del trabajo de cuidados, el Estado asume una forma patriarcal en donde deriva el cuidado a las mujeres de las familias y a pesar de que se reconoce al cuidado como un derecho, aspecto culturalmente relevante, el desarrollo de las políticas de cuidados coloca al propio Estado como un sistema “privilegiado irresponsable”, categoría que Tronto (2018) y Bozalek (2011) utilizan para expresar la ausencia de algunos sectores de la población (varones en general, personas con altos niveles adquisitivos, entre otros grupos) que tienen poder y privilegios y lejos de utilizarlos para redistribuir cargas y costos se eximen de la realización del trabajo de cuidados directo, de manera similar a la real implementación de políticas por parte del Estado en Uruguay hasta ahora.

¹¹² Se profundizará sobre este cálculo en el capítulo siguiente.

resultados de la ENEC (2019), el Estado ha apostado a desarrollar un SNIC para todas las poblaciones a nivel nacional invirtiendo cerca de un escasísimo 0.3% del PIB (SNIC, 2020; BID, 2022).

No es la primera vez en la historia que Uruguay alienta una pionera agenda de derechos que luego encuentra frenos a su impulso a la hora de la implementación. Como se ha evidenciado, el refrenado impulso de desarrollar un SNIC en Uruguay se vincula con algunos elementos propios del mismo, como el de reconocer y garantizar un derecho universal sin contar con los recursos adecuados para dar garantía de ello¹¹³. A continuación, se resumen los principales puntos del desfase entre los objetivos de SNIC y su impronta contra la observación de las estrategias desarrolladas por el Estado para el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia. Esto se vincula con la observación de Filgueira (2014) de que los servicios en los regímenes de “Universalismo Estratificados” estaban tomando un rumbo estatal de escasa cobertura o, más comprometidos aún, los de rumbo estado-garantiza vía mercado de escasa cobertura. De esta manera y hasta ahora, los impulsos de los SNICs como parte de un universal desarrollo del Estado de Bienestar se parece al desarrollo de políticas focalizadas tal y como las definió Filgueira (2014).

Cuadro 1. Objetivos del SNIC y desfase con su implementación en las estrategias desarrolladas por el Estado para el cuidado de PM70dep

Objetivos SNIC	Resumen de las características de las políticas de cuidados para personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana.
Desarrollar prestaciones de cuidados articuladas	Las tres políticas desarrolladas para PM70dep por el Estado no se articulan desde su institucionalidad ni entre sí, ni con otros sectores relativos al bienestar como los Sistemas de Jubilaciones y Pensiones, o el Sistema Sanitario
Participación articulada y coordinada entre proveedores públicos y privados	En el caso de las personas en situación de dependencia, el Estado apenas provee 9 centros de día, mientras que el mercado se hace cargo de desarrollar centros de cuidados de larga duración, que para la población implican altos costos o altos riesgos para las PM70dep por ausencia de regulación. Lejos de articular debidamente, el Programa de Asistentes Personales prevé contratos privados entre trabajadoras y hogares, lo cual deja en jaque tanto a las cuidadoras como a las personas en situación de dependencia al no articular el servicio de una manera que no sea la reproducción de lo que ya se ofrecía en el mercado: una cuidadora aislada que cuida como única responsable de un hogar a una persona en situación de dependencia. En este caso, no se observa ni participación ni articulada de los proveedores de cuidados en el caso de las personas en situación de dependencia severa.
Optimización de recursos	No se observa una optimización de los recursos al plantear estímulos concretos y homogeneizantes como políticas de cuidados para personas en situación de dependencia, como son las que actualmente desarrolla el Estado
Regulación público-privada	En general no se conocen las condiciones de regulación y apoyo a las Asistentes Personales, y continúan sin estar habilitados la amplia mayoría de los centros de larga duración, lo cual implica un tardía e incompleta función por parte del Estado.

113 El impulso y su freno. Tres décadas de batllismo, es el título de una obra de Carlos Real de Azúa (Montevideo 1916 - 1977) en la que el intelectual buscó responderse “por qué se detuvo el impulso progresista que un partido –el batllismo– imprimió al Uruguay en las primeras décadas” del siglo pasado (Mallo, 2011). Señalando al fracaso del batllismo como uno de los factores centrales que llevaron a Uruguay a la crisis que se hallaba en 1964 cuando publicó el libro, Real de Azúa postuló como tesis central de aquel texto “que el mismo impulso reformista promovido por el batllismo había contenido los factores decisivos de su freno”. Entre esos factores, “Real de Azúa enfatizaba en tópicos como ‘la orfandad de valores’ del proyecto, su ‘optimismo ingenuo’, la promoción de una sociedad ‘éticamente átona’, que sustentaba una ‘moral poco rigurosa’, ‘hedonista’, y ‘sin sentido de deber’” (Caetano, 2011).

Profesionalización	El curso de cuidados prevé la presencia de niveles educativos bajos (primaria) y no se propone como una trayectoria educativa articulada, sino que sólo se trata de un curso y un único certificado previsto por el SNIC que reproduce las condiciones de desvalorización actual del trabajo de cuidados. Ni la UTU ni la UDELAR están involucradas en el desarrollo de trayectorias educativas para las cuidadoras.
Participación de las personas que requieren cuidados en las políticas públicas	No se evidenció ningún proceso participativo en la construcción, las políticas son llevadas adelante como “el Estado propone, muy poca población dispone”
Modificación en la división sexual del trabajo	Como se evidenció, la mayor política son las Asistentes Personales que, si bien alivian el tiempo de las familiares cuidadoras, están lejos de promover un cambio en la división sexual del trabajo ya que no estimulan la participación de los varones de las familias, ni de los varones como cuidadores remunerados, ya que en su mayoría (90%) son mujeres las que acceden a estos trabajos culturalmente asignados a ellas y escasamente remunerados.
Descentralización territorial	Si bien se aborda solo el caso de Montevideo y Área Metropolitana, los bajos niveles de cobertura en general permiten evaluar adecuadamente su distribución en el territorio. Sumado a esto, es claro que las políticas no son construidas de manera adaptadas a los territorios y la mayor apuesta es brindar cuidados domiciliarios, “privados”, teniendo como principal soporte de desarrollo de las políticas públicas la vivienda de las personas en situación de dependencia.

Fuente: elaboración propia en base a la Ley 19.353 y los resultados del análisis de la ENEC y las características de las políticas públicas de cuidados para PM70dep.

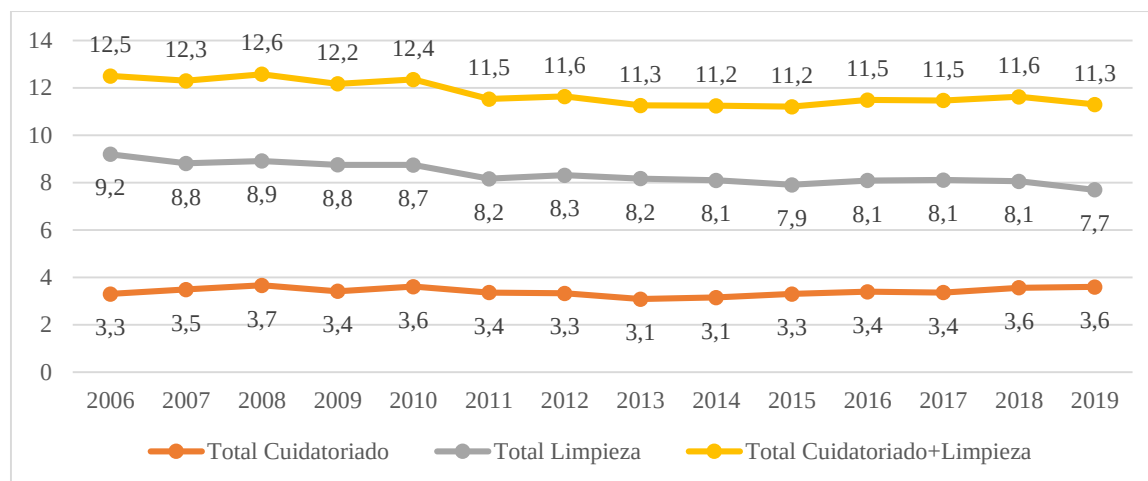
Mercado a costa de las cuidadoras

El mercado ha visto y ve un nicho económico en las personas mayores. Como se ha visto en los antecedentes, si bien en Latinoamérica es más incipiente en relación con los países de Europa, existe una fuerte tendencia al desarrollo de servicios de cuidados por parte del mercado. Es de interés explorar en las características de las cuidadoras directas y también de las que realizan tareas domésticas, que en muchos casos también cuidan, aunque no les corresponda. Es de interés también caracterizar al sector en términos de su composición y de sus características laborales, para lo cual se acudió a los datos de las ECHs¹¹⁴ para el período 2006-2019. A su vez, esta caracterización permite conocer a nivel más macro cómo se valoriza y enmarca al trabajo de cuidados en el ámbito privado, qué valor otorga el mercado a dicho trabajo y qué condiciones laborales promueve. De esta manera, se introduce la reflexión sobre la externalización de los cuidados como un trabajo no reconocido e indebidamente retribuido, realizado mayoritariamente por mujeres. Los cuestionamientos en torno al tipo de cuidados que promueve el mercado han conducido a planteos como los de Federici (2018), quien propone que la mercantilización de los cuidados en el marco de economías capitalistas tendrá fuertes limitaciones redistributivas. El análisis del sector cuidados y doméstico y de limpieza permite reconocer los rasgos del trabajo de cuidados que produce el mercado, es decir, cómo cuida el mercado. En el período 2006-2019, el sector de las trabajadoras del cuidado y del sector limpieza (tanto en hogares particulares como instituciones) tuvo un leve descenso, pasando de 12,5% a 11,3%, siendo principal la caída en las trabajadoras domésticas o de limpieza en instituciones de 9,2% a 7,7% y, contrariamente,

114 Las definiciones de las categorías se encuentran en la operacionalización en el marco metodológico.

evidenciándose un leve aumento de la población cuidadora de 3,3% a 3,6%. Esto permite plantear un pequeño crecimiento en el mercado de cuidados.

Gráfico 11. Porcentaje del sector sobre el total de ocupados, de las/os cuidadores/as, de las personas que trabajan en limpieza y su sumatoria. Total, país, 2006-2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de las ECH 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS. Nota: los cambios en los valores de los cuidadores en domicilio e instituciones, así como en directores de centros educativos se puede deber a los cambios en la forma de codificación en las versiones de los CIUO, en donde particularmente en esas categorías se pasa del registro a partir de 5 códigos distintos a 1, y de 4 a 1, cuando en los otros casos sin fluctuaciones, un código se suplanta por otro. A su vez, en el año del Censo, hubo variaciones en el cambio muestral en la ECH que también puede estar afectando los datos.

Esta expansión de la mercantilización de los cuidados también se expresa en el aumento de la cantidad de personas que residen en centros de salud o larga estadía (que en su amplia mayoría pertenecen al sector privado), para el cual se ha evidenciado un crecimiento de la población que los usa en las últimas tres décadas.

Tabla 4. Cantidad de personas que residen en centros de larga estadía, según los Censos 1985, 1996 y 2011

	Personas de 65 y años y más	Personas en casas de salud o centros de larga estadía	Porcentaje PM en CLE en relación con las personas de 65 años y más
1985 (Casas de salud)	329662	4742	1,4
1996 (Residencial de ancianos)	404843	10061	2,5
2011 (Residencial de ancianos)	463768	13817	3,0

Fuente. Reelaborado a partir de microdatos de los Censos de población, hogares y viviendas en Uruguay. Instituto Nacional de Estadística en Scavino (2018).

No sólo ha aumentado el número, sino la proporción de mujeres sobre el total de las personas que residen en centros de larga estadía, acompañando un proceso de envejecimiento feminizado de la población y del hecho de que las mujeres tienen menores años de esperanza de vida con buena salud en relación con sus pares varones, por ende, conviven durante más tiempo que ellos en situaciones de dependencia. En 1985, por cada 100 varones residían en centros de

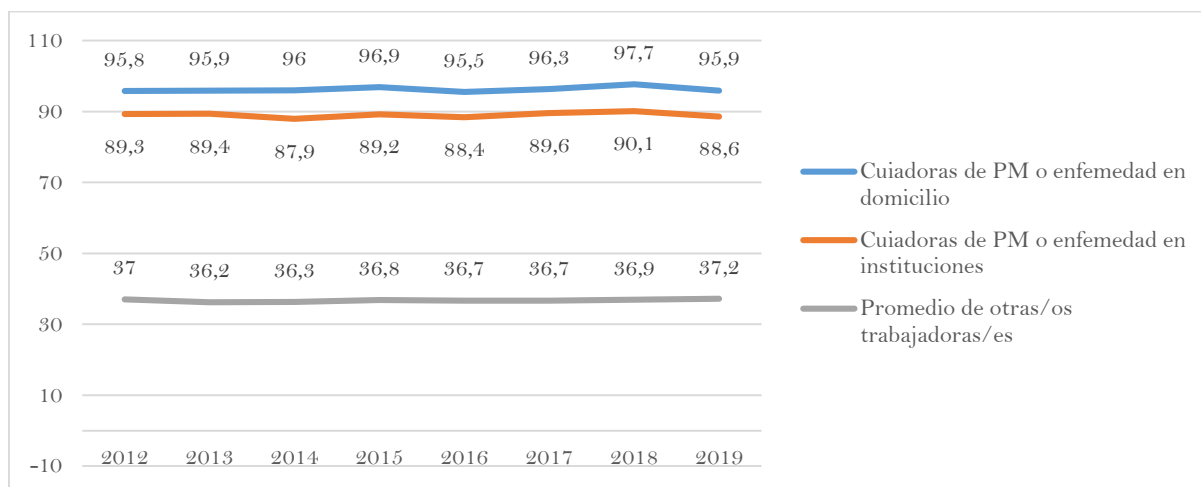
larga estadía 218 mujeres, cifra que aumentó a 228 para 2011. Este proceso es similar al experimentado por países como Italia y España (Da Riot, 2010; Rogero García, 2010) y actualmente Uruguay es el país con mayor proporción de personas que residen en centros de larga duración en América Latina y el caribe (BID, 2022). Así, desde 1985 las personas mayores han aumentado proporcionalmente, como lo ha hecho la tendencia a la institucionalización de los cuidados.

Siguiendo metodologías de identificación del sector cuidados mediante la utilización del codificador de actividades en las encuestas de hogares presentes en estudios antecedentes (Aguirre, 2013), se analizan las características de las cuidadoras directas en domicilios o instituciones. Con el fin de reconocer si existieron cambios sustantivos en las condiciones laborales de esta población, se consideró en el análisis el período 2006-2019 y 2012-2019¹¹⁵ (coinciden con el desarrollo de casi tres períodos de gobierno en el país, siendo 2015 un año clave en la definición del Sistema Nacional Integrado de Cuidados). Como se mencionó anteriormente, las trabajadoras del cuidado en 2019 representan el 3,6% del total de las ocupaciones principales, y, si bien se incrementó en un 0,3% considerando al 2006 como punto de partida, el cambio en la magnitud de trabajadoras del cuidado no ha sido sustantivo en el período, mientras que las trabajadoras del sector doméstico disminuyeron (9,2% en 2006 y 7,7% en 2019). Ni el trabajo de cuidados, ni el trabajo doméstico se “desfeminizó” en el período entre 2006 y 2019: el trabajo doméstico se mantuvo con una proporción de 98,6% de mujeres en 2006 a 98,9% en 2019 avanzando en una leve pero mayor participación exclusiva de las mujeres en el mismo (en 2018 eran el 99,1% del total). Las niñeras o cuidadoras de niños en centros de cuidados tampoco se desfeminizaron: pasaron de ser el 97,1% en 2006 a un 97,2% en 2019 del total, algo que también se observó para las cuidadoras de personas mayores o personas con enfermedades o “convalecientes”: el 92,6% del total de las personas trabajadoras del cuidado en domicilio eran mujeres en 2006, siendo 95,9% en 2019. En el caso de las cuidadoras de instituciones de cuidados de larga duración, la tendencia fue a la feminización: mientras que en 2006 las mujeres eran el 80% del total de los/as trabajadores/as del cuidado en centros de larga duración, este porcentaje aumentó a 90% en 2018 y 88,9% en 2019. En general, las mujeres representaban en 2006 el 43,5% del total de trabajadores/as remunerados en Uruguay, disminuyendo a 33% cuando se excluye el sector cuidados y de limpieza. En 2019, las mujeres eran el 45,1% de la población empleada en el mercado de empleo y el 37% de las ocupaciones que no son el cuidado y el trabajo doméstico o de limpieza en instituciones¹¹⁶. Centrándonos en las cuidadoras de personas mayores, a continuación, se amplía la ausencia de modificación de la división sexual del trabajo en el país.

115 En el caso de los indicadores a partir de 2012, el corte se debe a cambios en la medición de algunos indicadores, siendo relevante un debate regional de la definición y medición del trabajo de cuidado en organismos tales como la OIT y las oficinas de estadística de organismos internacionales y nacionales.

116 Ver Gráfico 9 en anexos.

Gráfico 12. Cuidadora mujeres de personas mayores en instituciones y domicilio y porcentaje de mujeres en el promedio de todas las otras ocupaciones. Total, país, 2012-2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ECH 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

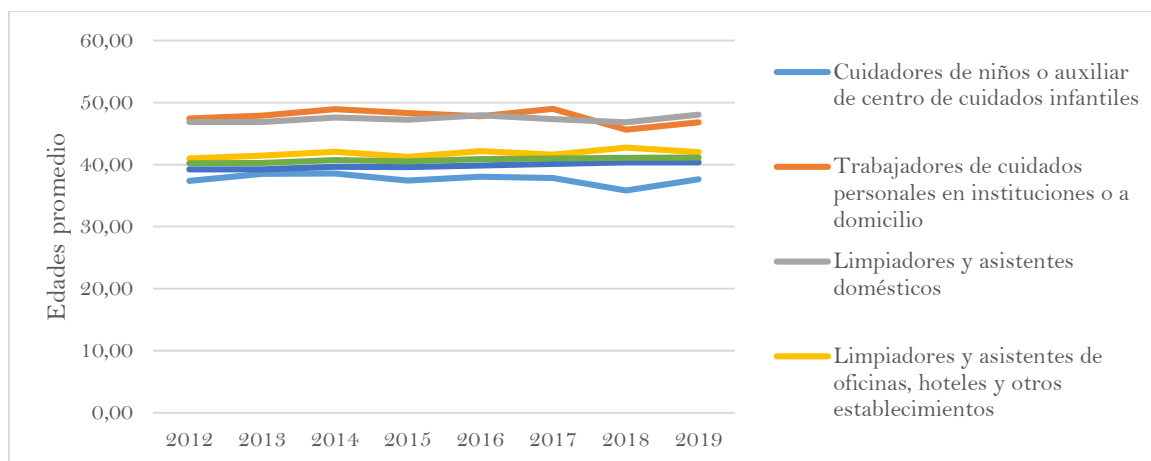
Tal y como sucede para el caso de las trabajadoras de la limpieza, el cuidado domiciliario está más feminizado en relación con relación con que se lleva a cabo en instituciones, solo que este se ha feminizado aún más¹¹⁷. Esta distribución no cambia para el caso de las trabajadoras en Montevideo, en donde en 2019 representan el 42,8% de los/as trabajadores/as remunerados totales y el 86,9% de las trabajadoras de cuidados de personas mayores o enfermas en instituciones y domicilio¹¹⁸. Las mujeres asumen este tipo de ocupaciones en distintos momentos de sus cursos de vida, lo cual queda evidenciado en un perfil etario más joven entre las cuidadoras de niñas/os (las más jóvenes, incluso que el promedio de trabajadores/as de Montevideo), seguidas de las trabajadoras de limpieza en instituciones: siendo mujeres mayores las cuidadoras de mujeres mayores, viéndose una distancia intergeneracional remarcada por los perfiles de cuidadoras: las mujeres jóvenes trabajan más cuidando de los niños/as y las mujeres más veteranas (lo que se corresponde con las edades de las hijas que están al cuidado de las personas mayores) de las mujeres mayores que requieren cuidados. De esta manera, el mercado no sólo no desfeminiza el trabajo de cuidados, sino que además reproduce las exigencias impuestas para las mujeres en las familias conforme el momento del curso de vida. En el caso de las cuidadoras remuneradas para personas mayores tanto en domicilio como en instituciones, las edades promedio son de 48 y 40 años respectivamente, teniendo las primeras 7 años más que el promedio

¹¹⁷ Para el caso montevideano, en 2019 cerca de 11724 personas (mujeres en su mayoría) trabajaban cuidando personas mayores o enfermas en domicilio o instituciones, siendo menor el número de cuidadoras de niños/as (9825) y mayor el de trabajadoras domésticas en domicilio (23302) y en instituciones (19981). La participación de los varones es muy baja en relación con total, siendo que en 2019 en Montevideo representan cerca de 1534 cuidadores de personas mayores o enfermas tanto en instituciones como en domicilio, siendo menor su presencia en domicilio y el mayor número de varones se encuentra en los trabajos de limpieza y mantenimiento en instituciones siendo 3325. Ver Gráficos 10 y 11 en Anexos.

¹¹⁸ Ver Gráfico 12 en Anexos.

de trabajadores/as de Montevideo y su Área Metropolitana y 12 años más que las cuidadoras de niños (quienes en promedio tienen 36 años según se calculó).

Gráfico 13. Promedio de edad de las mujeres trabajadoras de los cuidados y la limpieza. Montevideo 2012-2019



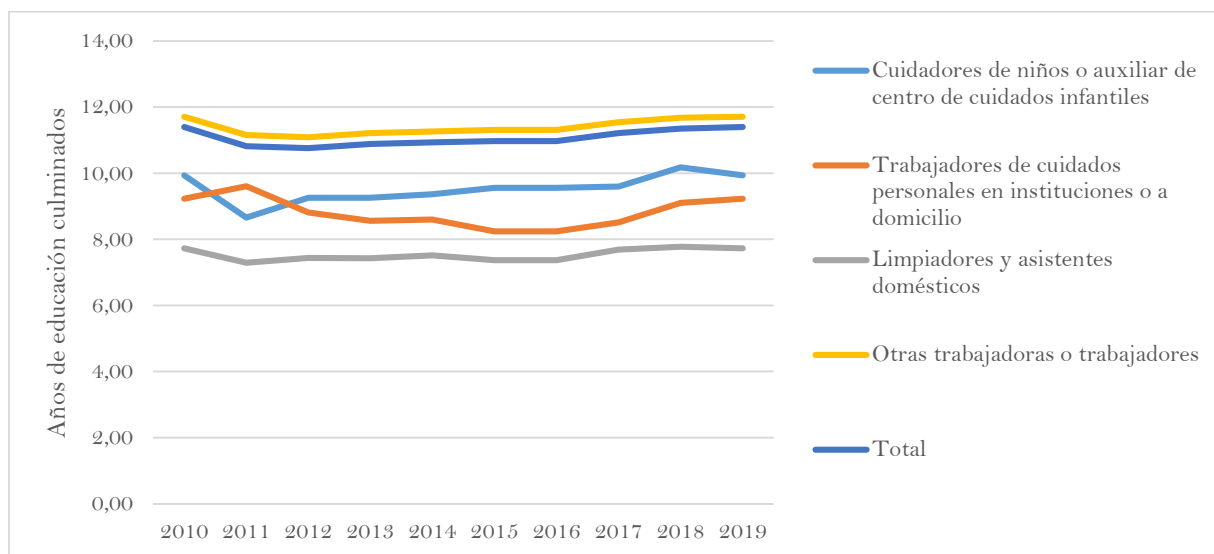
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ech 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

El trabajo de cuidados y doméstico es un sector en el que las mujeres afro se incorporan en mayor proporción en el mercado laboral, respecto a otros sectores. En Montevideo, en 2019, 11,5% de los/as trabajadores declaran que su principal ascendencia étnico racial es afro, proporción que aumenta a 21,8% de las ocupadas para limpieza en instituciones y 18,4% de las trabajadoras domésticas y son el 17,8% de las trabajadoras del cuidado de personas mayores o enfermas tanto en instituciones como en domicilio y el 17,6% de las cuidadoras de niños/as, siendo que en el total de otras ocupaciones representan el 9,5%¹¹⁹.

Respecto a los niveles educativos de las mujeres cuidadoras, los mismos son muy bajos, no alcanzando en promedio la cantidad de años obligatorios en Uruguay (secundaria completa). Si bien esto pasa con el 60% de la población uruguaya, comparando a las trabajadoras domésticas y del cuidado con las personas ocupadas, se visualizan niveles educativos más bajos entre las primeras: mientras que los/as trabajadoras en Montevideo en promedio tenían 11,4 años aprobados en el sistema educativo, lo cual es próximo a contar con secundaria completa (12 años en total), las trabajadoras de limpieza en instituciones y domésticas apenas consiguieron seguir dos años más en promedio, sin culminar ciclo básico (8,2 y 7,7), las niñeras o auxiliares de centros infantiles promedian 9,9 años de educación y las cuidadoras de personas mayores o enfermas tanto en domicilio como en instituciones cuentan con 9,2 años educativos culminados. En todos los casos, se trata de niveles educativos por debajo de las trayectorias educativas obligatorias en el país (Anftti y Montiel, 2021). El conocimiento y los procesos de formalización y mejora del conocimiento y las formas de cuidados son centrales para garantizar cuidados de calidad, tanto en domicilio como entre las cuidadoras de centros de cuidados.

¹¹⁹ Ver Gráfico 13 en Anexos.

Gráfico 14. Promedio de años educativos aprobados en la población ocupada total, las cuidadoras y trabajadoras domésticas y de limpieza en instituciones o complejos hoteleros. Montevideo, 2010-2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ECHs 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Si bien hay una leve tendencia al aumento de los años promedio de formación desde 2017, los cambios no reflejan la mejora en los niveles educativos de las cuidadoras, lo cual a su vez expresa aspectos de la configuración del trabajo remunerado de cuidados, incluso cuando el Estado haya asumido una responsabilidad pública de corresponsabilidad y objetivos de modificación de la actual división sexual del trabajo¹²⁰. A continuación, se resumen las principales características de las personas cuidadoras remuneradas.

Tabla 5. Características generales de la población cuidadora remunerada. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

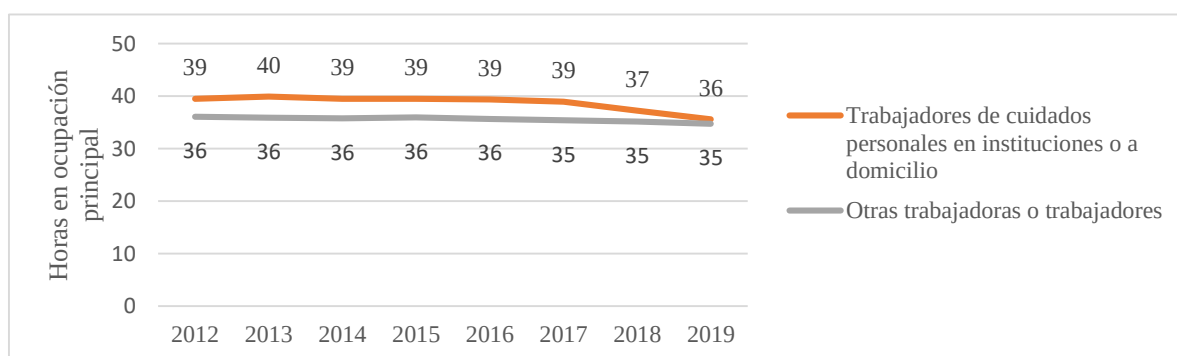
		Cuidadoras PM en domicilio	Cuidadoras en Instituciones	Total personas ocupadas
Sexo	Varón	4,1	28,8	54,9
	Mujer	95,9	71,2	45,1
Ascendencia étnico-racial (principal)	Afro o negra	6,8	1,4	4,5
	Asiática o amarilla	0	0	0,1
	Blanca	89,9	96	93,7
	Indígena	3,3	2,6	1,6
Edad (media)		48	40	41
Máximo Nivel Educativo alcanzado	Sin educación formal	0,3	0	0,2
	Primaria completa o menos	36,3	4,8	18,9
	Secundaria Básica Incompleta	13,8	2	11,4
	Secundario Básico Completo	17,4	7,4	13,1
	Secundaria Superior Incompleta	13,4	18,4	14,9
	Secundaria Superior Completa	12,3	35,9	15,6
	Terciaria Incompleta	5	21,1	10,9
	Terciaria Completa	1,5	10,4	15

¹²⁰ Se profundizará brevemente acerca de las exigencias de formación que el SNIC ha solicitado en el perfil de las trabajadoras del cuidado, propuestas ante un panorama en donde la falta de formación expresa la dificultad para desnaturalizar el trabajo de cuidados como un “saber hacer” que portan las mujeres.

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, 2019.

Las trabajadoras de cuidado de personas mayores han visto desde 2012 reducidas las horas de trabajo de su ocupación principal, tendencia que no se observa para el conjunto de trabajadores/as, y el subempleo (quieren y pueden trabajar más horas) afectó a un 12,7% en 2019, mientras que en el total de las personas trabajadoras de Montevideo este porcentaje está presente en el 7,9%, considerando su ocupación principal¹²¹.

Gráfico 15. Promedio de horas en ocupación principal de las y los trabajadoras/os del cuidado. Montevideo 2006-2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ECH 2010 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

En general, las trabajadoras del cuidado de personas mayores o enfermas en domicilio o instituciones son asalariadas privadas (84,8%), disminuyendo la proporción contratada en algún servicio público (9,6%) y siendo en menor medida cuentapropistas (5%). Esta distribución es coincidente con la escasa participación del Estado en las estrategias de cuidados de las PM70dep¹²².

Profundizando en las diferencias entre las cuidadoras/es en domicilio e institucionales de personas mayores o enfermas en Montevideo y sumando su Área metropolitana, se evidencia que las asalariadas privadas son principalmente las trabajadoras de cuidado remuneradas en domicilio, mientras que en el caso de las cuidadoras que se desempeñan en instituciones la presencia de cuentapropistas con local o inversión y de asalariadas públicas es más importante en relación con las primeras. En cuanto a la cantidad de trabajos con los que cuentan, el 12% de las cuidadoras domiciliarias tiene dos empleos o más, mientras que esto sucede para el 9,8% de las cuidadoras en instituciones. Una diferencia fundamental entre ambas es la estabilidad en el empleo: mientras que las trabajadoras de instituciones hace nueve años en promedio que trabajan en las mismas, esta cifra desciende a tres años en el caso de quienes son contratadas para cuidar

¹²¹ Ver Gráfico 14 en Anexos.

¹²² Ver Tabla 10 en Anexos.

en domicilio, teniendo una mayor fluctuación en los trabajos y con mayores riesgos de pérdida de empleo.

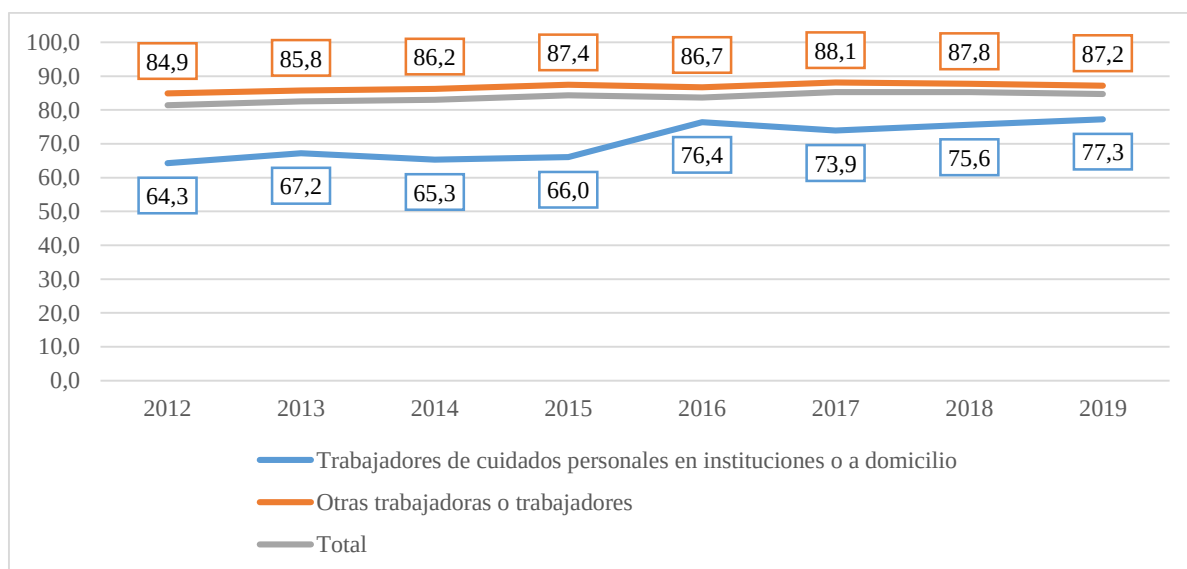
Tabla 6. Características del empleo de cuidadoras de personas mayores o enfermas según contexto laboral (domiciliario o institucional) en Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Cuidadoras PM en domicilio	Cuidadora en Instituciones	Total personas ocupadas
Categoría de la ocupación	Asalariado/a privado/a	92,7	56,8	56
	Asalariado/a público/a	0,4	26,3	15,4
	Miembro de cooperativa de producción o trabajo	0	1,2	0,2
	Patrón/a	0,2	0	3,7
	Cuenta propia sin local ni inversión	5,4	0	2,5
	Cuenta propia con local o inversión	1,1	15,7	21,2
	Trabajador/a de un programa social de empleo	0,2	0	0,1
Cantidad de trabajos	1	88	90,2	90,7
	2 o más	12	9,8	9,2
Cantidad de meses que trabaja en la empresa de manera continua		2	0	1
Cantidad de años que trabaja en la empresa de manera continua		3	9	9

Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (2019).

En cuanto a la protección social canalizada a través del empleo, observamos que las posibilidades para acceder a estos derechos son menores entre las trabajadoras del cuidado en relación con otras trabajadoras/es, pero la misma fue en aumento desde 2012 (64,5%) y 2019 (77,3%). Sin embargo, es notorio el aumento de la formalización del empleo, que puede obedecer a múltiples factores, pero que crece entre 6,3% entre 2012 y 2019. Quizá la existencia del SNIC en este caso haya tenido un correlato positivo en la formalización, quizá haya sido efecto de la regulación del trabajo doméstico, u otros factores.

Gráfico 16. Porcentaje de mujeres cuidadoras y total de mujeres ocupadas con cobertura en la seguridad social (aporta a alguna de las cajas jubilatorias). Montevideo (ocupación principal), 2012-2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de la ECH 2012-2019, estandarizada por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Algo similar a lo observado en la cobertura de seguridad social sucede con los ingresos mensuales de la ocupación principal para las trabajadoras del cuidado, que, siendo próximos a un salario mínimo, aumentaron levemente en el período, aunque por debajo del promedio de los/as otros/as trabajadores. Finalmente, se observan diferencias entre las trabajadoras en domicilio y en instituciones en Montevideo y Área Metropolitana (2019) en relación con la seguridad laboral: es importante la ausencia de reconocimiento de las horas extra trabajadas en el caso de quienes lo hacen en domicilio (solo 39,6% contesta que sí, mientras que lo hace el 67,8% de las trabajadoras de instituciones). Las razones por las cuales no se reconoce son en el caso de las primeras que efectivamente no se las reconocen (34,3%) y que cuentan con horario flexible (19,4%), flexibilidad que esconde el valor del trabajo. Ambas categorías no son mutuamente excluyentes. En el caso de las trabajadoras en instituciones, un 11,6% declara que no son reconocidas por los empleadores sus horas extra, mientras que solo 3,7% dice que se debe a la flexibilidad horaria.

Tabla 7. Características de seguridad laboral de las trabajadoras según trabajo domiciliario o institucional en Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Cuidadoras PM en domicilio	Cuidadoras en Instituciones	Total personas ocupadas
Reconocimiento de horas extras trabajadas (Sí)		39,6	67,8	47,6
Razón de no reconocimiento de horas extras	Cuenta con horario flexible	19,4	3,7	9,1
	No se las reconocen	34,3	11,6	14,8
Aporta por la totalidad del salario (Sí)		43,6	81,2	62,1
Aporta a alguna caja de jubilaciones (Sí)		46,4	87,2	75,2
Características de la remuneración	Total de ingresos personales	19.426 (1.19)	32.065 (1.96)	36.235 (2.22)
	Ingresos de la ocupación principal	14.891 (0.91)	27.144 (1.66)	32.216 (1,97)

	Brecha ingresos promedio OP (media total de personas = 100)	46,2	84,3	100
	% salario que aporta el trabajo de cuidados	76,7	84,7	88,9
Tiempo de trabajo	Cantidad de horas habitualmente trabajadas por semana	34	32	37

Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de la Encuesta Continua de Hogares, 2019 del Instituto Nacional de Estadística. el salario mínimo en Uruguay a julio de 2019 se ubicó en 16.300 pesos uruguayos¹²³.

Una importante diferencia en relación con los aportes a la seguridad social se encuentra entre las trabajadoras del cuidado en domicilio (de las cuales solo 43,6% aportan por la totalidad del salario) y las que trabajan en centros o instituciones del cuidado (81,2%). Como también en relación con el aporte a cajas jubilatorias (sólo el 46,4% de las trabajadoras en domicilio aportan a alguna, mientras que esto sucede con el 87,2% de las trabajadoras en instituciones, siendo que el 75,2% de los/as trabajadores aporta a la seguridad social). En este sentido, las condiciones laborales en instituciones parecen fomentar más seguridad en cuanto a los aspectos formales, mientras que en la mayoría del trabajo contratado por los hogares para el cuidado de las personas mayores se contribuye a perpetuar trayectorias precarias de las trabajadoras del cuidado, quienes tendrán dificultades para acceder a los mínimos jubilatorios en el país (a los que proporcionalmente acceden menos las mujeres, en parte por estar empleadas en estos sectores desprotegidos)

Finalmente, en cuanto a los ingresos, las trabajadoras del cuidado en domicilio ganan en promedio un 0,9 del salario mínimo nacional para 2019 y el total de sus ingresos fue de 1,1 salarios mínimos nacionales. Esta situación también mejora levemente para las trabajadoras del cuidado en instituciones, quienes en su ocupación principal ganan 1,1 salarios mínimos y casi dos (1,96) salarios mínimos en el total de sus ingresos, siendo estos promedios más altos en el caso de las ocupaciones principales de otras ocupaciones (1,97) y del total de ingresos por trabajo (2,22).

Como se ha evidenciado, el mercado produce un tipo de trabajo doméstico y de cuidados que es incipiente como sector, aunque alcanza a un porcentaje importante de trabajadoras/es, que decreció en el período en el caso del trabajo doméstico y de limpieza en instituciones y creció levemente en el caso de trabajo de cuidados, aunque se redujeron sus horas de trabajo promedio. Las características de las cuidadoras permiten evidenciar que dicho trabajo es asumido mayoritariamente por mujeres, con múltiples saberes adquiridos, que no encuentran espacios de educación formal para su acreditación más allá del mencionado certificado del SNIC y sus limitaciones en el apartado anterior. De esta manera, la ausencia de trayectorias educativas posibles coincide con un perfil de menores niveles educativos en promedio, y por el hecho de que varias mujeres que se orientan al trabajo de cuidados o doméstico ya asuman, de manera muy

123 <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/comunicacion/noticias/salario-minimo-nacional-aumento-16300> (Última consulta, 31 de julio de 2022).

temprana, múltiples cargas de cuidados, lo que afecta las posibilidades de sostenimiento tanto en el sistema educativo como en el mercado laboral. También, la necesidad de aumentar las cargas de trabajo de cuidados remunerados para obtener montos más holgados de ingresos conduce a contar con problemas para resolver los cuidados en sus hogares, como es el caso de las mujeres que migran para trabajar con hijas/os pequeños y no cuentan con servicios de cuidados públicos y extendidos de 8 horas o más que les permitan sostener una jornada laboral.

Las mujeres afro están representadas de particular manera, en mayor proporción, en las ocupaciones de trabajo doméstico y de cuidados. Los análisis afro centrados han señalado el vínculo entre esta mayor incorporación de las mujeres afro en estos sectores con el servilismo y los procesos de esclavización a los que fueron sometidos sus antepasados (Viveros, 2016; Hill Collins, 2000; Hancock, 2007). Aquí es importante tener en cuenta la diferencia entre el cuidado y el servicio: el cuidado alude al trabajo que se realiza ante una necesidad perentoria y que la persona no puede satisfacer por sí misma, en cambio, el servicio es aquella actividad que se deriva a otros pudiéndose realizar de mano propia. En este plano, la relación de poder en los cuidados se invierte, ya que las personas en situación de vulnerabilidad son las que reciben el cuidado, mientras que, en el caso del servicio, las personas que brindan el cuidado tienen mayor vulnerabilidad, ya que por ejemplo son reemplazables por otra si el trabajo no resulta conveniente, lo cual pone a las personas receptoras del cuidado en una situación de poder (Tronto, 2013; Duffy, 2007; Hodson, 2001; Pineda Duque, 2018; Molinier, 2012)

Por otro lado, las características laborales en términos de las condiciones de trabajo y promedios salariales indican que se trata de un trabajo precario y mal remunerado, aunque en cuanto al acceso de derechos mediante la protección social, existe una diferencia importante entre quienes trabajan en instituciones o servicios y quienes lo hacen de manera privada en domicilio. La organización de servicios de cuidados, expresados en las instituciones, su estructura, roles, promueve una presencia de mayores porcentajes de formalidad en el empleo, delimitan roles y funciones y estructuran el trabajo de manera permanente y articuladas. Contrariamente, las trabajadoras de cuidados que trabajan de manera individual como cuidadoras remuneradas en domicilio presentan mayores niveles de informalidad, menores aportes a caja y condiciones de trabajo más adversas.

En este sentido, al profundizar en el análisis del tipo de trabajo de cuidados que promueve el mercado y al relacionarlo con las políticas públicas que las personas de hogares de PM70dep creen que los Estados deberían desarrollar, la mayor mención a la vivienda particular como principal escenario en el que deberían llevarse a cabo los cuidados (tanto el cuidado familiar como el cuidado remunerado en domicilio) supone amplios desafíos a la hora de no reproducir las características precarizadas del trabajo presentes en las cuidadoras domiciliarias, quienes a la vez no están articuladas en un servicio sino que ofrecen su trabajo de manera individual y quedan

por lo tanto expuestas a los riesgos de la negociación con los hogares y condicionadas por las características (mejores o peores) que viviendas particulares tienen para poder cuidar. Finalmente, en el próximo capítulo se profundizará a nivel individual y subjetivo acerca de las motivaciones que esgrimen las y los informantes de la encuesta sobre por qué cuida cada persona e institución que participan en los cuidados, así como sobre los motivos esgrimidos por los cuales no se utilizarían otras fuentes de cuidados.

En resumen, hasta aquí se ha evidenciado que:

- El reconocimiento del derecho al cuidado mediante la creación de la Ley 19.353 ha sido un avance significativo en Uruguay y hace parte de un cambio en la cultura.
- Dentro de los principios descritos en la ley se encuentran contradicciones –como universalidad y progresividad– que son limitantes en el avance sustantivo del despliegue del SNIC, como lo es el escasísimo financiamiento con el que cuenta para su implementación, y cuya amplia mayoría de destino al desarrollo de servicios de cuidados para niñas/os.
- La ley del SNIC reconoce la necesidad de descargar a las familias de tiempo de cuidados y de modificar la actual división sexual del trabajo en Uruguay.
- El SNIC desarrolla cuatro líneas principales en torno a los cuidados de las personas mayores: el Programa de Asistentes Personales, con un recorte absoluto en su oferta ya que se dirige a personas de 80 años y más y sólo con dependencia severa; y luego tres tímidas acciones en cuanto a su alcance: un programa de Teleasistencia, 9 Centros de día y articulación de ELEPEMs.
- El SNIC no desarrolla ningún servicio por parte del Estado, sólo una persona o empresas con hogares particulares (a excepción de los 9 centros de día).
- El SNIC no desarrolla Centros de Cuidados de Larga Duración para personas mayores.
- El mercado se desarrolla mediante la contratación de mujeres de edades promedio que circundan los 40 o 50 años, de niveles educativos bajos, con salarios bajos y cuya mayoría declara ser asalariada privada. Aportan proporcionalmente menos a la caja de jubilaciones y no reciben reconocimiento de horas extra, ni salarios vacacionales.
- Las mujeres afro están levemente sobrerrepresentadas en el sector.
- Las horas de trabajo promedio de las cuidadoras tendieron a disminuir desde 2012, y los niveles educativos aumentaron muy levemente (1,5 años).
- El sector no se desfeminizó desde 2012.

Materialidad de las estrategias de personas de 70 años y más en situación de dependencia para Montevideo y el Área Metropolitana

Las prácticas extendidamente familiarizadas de cuidados son el corazón de las estrategias de cuidados de personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana, pero están acompañadas de una creciente mercantilización centrada en los domicilios. Esta preferencia de “en casa y con la familia”, ante las tensiones del aumento de la

demanda de cuidados y la organización social en torno al trabajo y las familias, en un formato cada vez más individualizado de vida, está siendo sostenida, ¿Cómo? ¿Cómo son las estrategias de cuidados en cuanto a la participación del Estado, mercado, comunidad y familias? ¿Cómo es la división sexual del trabajo en las estrategias de cuidados? ¿Qué valor tiene dicho trabajo y qué costos asumen los hogares con PM70dep para cuidar? En el presente apartado se busca dar cuenta de los siguientes tres objetivos específicos (2,3 y 4) de la presente investigación: “Describir las principales políticas de cuidados desarrolladas para PM70dep y las características del trabajo de cuidados en Montevideo y Área Metropolitana”, “Analizar la participación del Estado, Mercado, familia o comunidad en los cuidados en términos del tiempo de trabajo, las características del mismo y su división sexual a la interna” y “Valorizar económicamente el trabajo no remunerado de cuidados y conocer los costos del cuidado de las PM70dep”.

Con base en los resultados de la ENEC (2019), es posible indagar en cómo es la participación del Estado, mercado, familia o comunidad en los cuidados de PM70dep en términos del tiempo y recursos que provee cada sector, teniendo particularmente en cuenta la división sexual del trabajo en ellos presente. En capítulos venideros se profundizará sobre el sector estatal y mercantil, a fin de comprender qué es lo que ambos sectores proponen como formatos de cuidados y qué condiciones laborales plantean.

Siguiendo los razonamientos de Daly y Lewis (2011), de Razavi, (2007) y de Fraser (2015), es relevante identificar los tipos de estrategias que las personas desarrollan para cuidar (tanto en su dimensión material como cultural), según la participación del Estado (desarrollo de leyes, políticas de cuidados, formación, entre otras), del mercado (a partir del análisis del tipo de servicios y muy particularmente de las condiciones de trabajo de las cuidadoras), de la comunidad (mediante el conocimiento de su llegada a las estrategias de cuidado de PM70dep y de su alcance a través de la consideración de la presencia de participación de actividades, talleres, cuidado de no familiares como amigos y vecinos) y de la familia (comprendiendo el papel que las personas con relación de parentesco tienen en el cuidado de las PM70dep, así como los elementos culturales relativos a la familia y las “obligaciones” en torno a ellas construidas). Los resultados de la Encuesta de Estrategias de Cuidados desarrollada por el Grupo de Investigación de Sociología de Género durante 2019 permiten analizar cómo y quiénes brindan cuidado ante las necesidades de las PM70dep. El capítulo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se caracteriza brevemente a la población cuidadora y que recibe cuidados en las estrategias de cuidados de PM70dep. En segundo lugar, se caracterizan las estrategias de cuidados en términos de la participación de los sectores proveedores de bienestar social (Estado, mercado, familia y comunidad), caracterizando la heterogeneidad presente según los distintos recursos económicos con los que se cuenta, así como las diferentes demandas de cuidados, a partir de las necesidades provenientes de distintas situaciones de dependencia. En tercer lugar, se profundiza el análisis de la división sexual del trabajo mediante el conocimiento del uso del tiempo entre varones y

mujeres, a fin de poder reflexionar sobre las estrategias de cuidados desde una perspectiva de género. En cuarto lugar, se busca resumir las principales características siguiendo el marco operativo, a fin de dar paso al análisis de los aspectos culturales de las estrategias de cuidados.

Sujetas claves: mujeres envejeciendo como cuidadoras y cuidadas

Las estrategias de cuidados en las vejez en situaciones de dependencia están fuertemente marcadas por tratarse de un mundo que es habitado principalmente por mujeres. Por un lado, son las principales cuidadoras, ya sea que lo hagan de manera remunerada o no, y, por otro, son las principales receptoras de cuidados, ya que conviven durante más tiempo con situaciones de dependencia en relación con los varones, así como su esperanza de vida con buena salud es menor. Si bien viven más, las mujeres pasan más tiempo conviviendo con la dependencia en relación con los varones y son las principales afectadas por la misma, particularmente en sus vejez (Aguirre y Scavino, 2018 y Aranco y Sorio, 2019).

En la ENEC (2019), el 74,8% de las personas de 70 años y más en situación de dependencia son mujeres y un 25,2% varones, quienes pertenecen en su amplia mayoría a sectores económicos medios (67,5%) y en menor medida a sectores económicos bajos (18%) y altos (14,4%), según el Índice de Nivel Socioeconómico validado por el CINVE (2016). Dentro de los sectores medios, un 30,3% pertenecieron a medios-bajos, seguidos de 16,5% de sectores medios-medios y 20,7% de sectores medios altos. A su vez, a juzgar por el porcentaje de PM70dep de los sectores bajos, particularmente de los bajos-bajos (1,8%), es posible que las situaciones de cuidados en el marco de la extrema pobreza, al igual que sucede con la situación de calle, queden sub registradas en el presente análisis. Si bien sobre el total de las/os informantes de la encuesta, las PM70dep representan el 42,2%, considerando al total de PM70dep, un 38,7% fueron informantes en la encuesta, mientras que 32,4% eran la madre o el padre de la persona que informaba por ellas/os, seguido de un 16% de parejas o cónyuges de las personas informantes y, en menor medida, suegra/o (5,6%), otro pariente (5,6%), hermano (1,1%) y otro no pariente (1,1%), configurándose una predominancia de las relaciones de convivencia entre hijas/os y padres/madres, en pareja y solos. Respecto a las edades, un 46,5% de las PM70dep de la ENEC tienen entre 70 y 79 años, siendo mayoritaria (53,4%) la proporción de PM70dep que tiene 80 o más: un 42,2% tenía entre 80 y 89 años, mientras que otro 11,2% tenía más de 90 años. En 80,1% de los hogares se registró presencia de una sola PM70dep, mientras que en 19,9% se registró la presencia de dos personas en situación de dependencia. Sobre el total, 41,3% presentó grados de dependencia leve, 41,8% moderada y 16,9% severa según el marco muestral y las preguntas incluidas en la ENEC para captar dependencia. Además, un 37,8% declaró tener alguna discapacidad, aparte de la situación de dependencia.

*Tabla 8. Características de las PM70dep según variables sociodemográficas.
Montevideo y Área Metropolitana, 2019*

		% Columnas
Sexo	Mujeres	74,8
	Varones	25,2
Edad en tramos	De 70 a 79	46,5
	De 80 a 89	42,2
	De 90 en adelante	11,2
Relación con persona informante	Informante (PM70dep)	38,7
	Pareja, compañera/o, esposa/o	16,0
	Madre/padre	32,4
	Suegra/o	5,1
	Hermana/o	1,1
	Otra/o pariente	5,6
Grado de dependencia	Otra/o no pariente	1,1
	Leve	41,3
	Moderada	41,8
Autopercepción de discapacidad	Severa	16,9
	Sí	37,3
	No	62,7
Nivel Socio Económico del Hogar	Alto: (Alto-alto: 7,1%, Alto-Bajo: 10,9%)	18,0
	Medio (Medio-alto: 20,7%, Medio-medio: 16,5% y Medio-bajo: 30,3%)	67,5
	Bajo (Bajo-alto: 12,6% y Bajo-bajo: 1,8%)	14,4
Total		100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, ENEC, 2019.

Como se señaló, las mujeres también son las principales cuidadoras de las personas mayores. En Uruguay, el segundo país más envejecido de la región, las Encuestas de Uso del Tiempo permiten constatar que sólo un 3% de la población cuida de PM65dep, lo cual ha sido analizado como una sub-representación del fenómeno a causa del muestreo y de la forma de medición (Batthyány, 2015; Aguirre y Scavino, 2016; INMUJERES, 2022). De manera coincidente con los resultados acerca de los cuidados no remunerados en salud dirigidos principalmente para personas mayores de 70 años (Batthyány, Genta y Perrotta 2014; Batthyány y Scavino, 2017), en la ENEC se encontró que el 75,6% de las personas que participan de las estrategias de PM70dep también son mujeres que cuidan de manera tanto remunerada como no remunerada y ya sea que cohabiten o no con las personas que cuidan. En algunos estudios se señaló una mayor participación de los varones en los cuidados de las vejez en relación con otras poblaciones, producto de la mayor incidencia de la dependencia en las mujeres mayores y su mayor esperanza de vida con dependencia (Moreno, 2007; Wilson, 1996; Aguirre y Scavino, 2016; entre otros). Moreno (2007) mostró que, si bien los varones que cuidan de personas mayores dedican más tiempo en relación con que dedican al cuidado de niñas y niños, lo viven con enojo y usualmente tienden a rechazar la tarea indicando que están obligados y que la casa se convierte para ellos en una “cárcel”, mientras que las mujeres, que han cuidado durante toda la vida, lo integran de manera más naturalizada y menos crítica (Moreno, 2007). Según la ENEC (2019), del total de las personas cuidadoras, sólo el 24,4% son varones cuidadores y se involucran principalmente cuando conviven (o pasan a convivir) con las personas que necesitan cuidados y, además, cuando tienen una relación de parentesco muy cercana y de jerarquía en la estructura

familiar cuando efectivamente cuidan: lo hacen principalmente cuando son hijos o pareja de la persona que lo necesita. Las mujeres, por otra parte, se involucran en los cuidados de manera más general en cuanto a las posiciones de parentesco y de convivencia que los varones, quienes tienden a involucrarse en los cuidados cuando hay una jerarquía en el parentesco (hijo-de o pareja-de), pero sin involucrarse en los cuidados a través de ofertarse como cuidadores en el mercado laboral o en las posiciones de amigo, vecino u otro no pariente. Esto se evidencia cuando se observa quiénes constituyen las redes de cuidados. En cuanto a quienes viven en el mismo hogar de las PM70dep que requieren cuidados, la ENEC evidencia una mayor participación de mujeres en distintas posiciones familiares y de convivencia que acuden al cuidado, mientras que los varones que participan en los cuidados lo hacen principalmente por ser hijos (60%), parejas de las PM70dep (23,5%), nietos (6,9%), yernos (5,4%) y otros familiares (4,2%). Las mujeres que conviven con las PM70dep a quienes cuidan son mayoritariamente las hijas (50,5%), seguidas de las parejas (14,5%), las nietas (11,3%), las nueras (7,9%), otras familiares (6,2%), amigas o vecinas (4,2%) o cuñadas (0,8%). A su vez, cuando se analiza quiénes se movilizan desde otros hogares para cuidar, se observa que también hay una mayor variedad en los vínculos en el caso de las mujeres que en el caso de los varones, de los cuales el 62,8% de quienes acuden al cuidado de las PM70dep con quienes no conviven son los hijos, seguidos de un 26,5% de otros familiares, y un 10,7% de una persona que cuida en el hogar que no es familiar. Mientras que las mujeres que se movilizan desde sus hogares para cuidar lo hacen principalmente como trabajadoras del cuidado (personas no familiares que cuidan, 48,2%), seguidas de las hijas (20,9%), las nueras (12,1%), otras familiares (8,3%), hermanas de la PM70dep (5,6%), lo cual evidencia que ya sea que convivan o no, siempre se involucran más en el cuidado de las PM70dep y desde distintas posiciones de parentesco y sociales, en relación con los varones.

Tabla 9. Tipo de relación de las personas cuidadoras con las PM70dep según convivencia en el mismo hogar y sexo de las personas cuidadoras. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	En el hogar			Desde otros hogares		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Madre o padre	0,0	2,7	1,9	0,0	0,0	0,0
Hija o hijo	60,0	50,5	53,3	62,8	20,9	28,4
Yerno o nuera	5,4	7,9	7,2	0,0	12,1	10,0
Hermana o hermano	0,0	1,9	1,3	0,0	5,6	4,6
Otro familiar	4,2	6,2	5,6	26,5	8,3	11,6
No familiar amigo vecino	0,0	4,2	3,0	0,0	3,9	3,2
Persona que cuida en el hogar no familiar	0,0	0,0	0,0	10,7	48,2	41,5
Cuñada	0,0	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0
Pareja de la persona dependiente	23,5	14,5	17,1	0,0	0,0	0,0
Nieta o nieto	6,9	11,3	10,0	0,0	0,9	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Sobre el total de las personas cuidadoras (n = 224).

La red ampliada de cuidados está feminizada, lo que es indicador del efecto que los procesos de socialización de género tienen sobre la predisposición para desempeñarse como cuidadoras/es particularmente en el caso de las mujeres (Gilligan, 1982; De Beauvoir, 1949). Las mismas están más orientadas hacia el cuidado del otro o los otros en relación con los varones, que parecen tercerizar con mayor frecuencia dicha tareas, siendo posible reconocer en las prácticas de cuidados la vigencia de una orientación generizada hacia su realización que es parte de lo que Pateman (1995) llamó el “contrato sexual”, que impone un acceso desigual a la ciudadanía para las mujeres, por múltiples motivos, entre ellos, por la ausencia de reconocimiento y redistribución del trabajo de cuidados y doméstico, impidiendo un desarrollo en la vida pública en condiciones de igualdad con sus pares varones.

Además de que las mujeres son el 75,6% de las cuidadoras, el 100% de las no familiares que viven en el hogar y cuidan son mujeres, el 90% de las cuidadoras remuneradas o no familiares de otro hogar son mujeres, un 64,2% de las familiares que conviven son mujeres y un 60,7% de las familiares que no conviven con las PM70dep a quienes cuidan también lo son.

Tabla 10. Características de los varones y las mujeres que participan en los cuidados de PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Total (% Columnas)	Mujeres (% Columnas)	Varones (% Columnas)	Mujeres (% Filas)	Varones (% Filas)
Familiar del hogar (n= 147)	56,3	52,1	69,3	64,2	35,8
Familiar de otro hogar (n=32)	20,1	17,7	27,4	60,7	39,3
No familiar del hogar (n =6)	2,1	2,8	0	100	0
No familiar de otro hogar (incluye trabajadoras remuneradas) (n= 39)	21,5	27,3	3,3	89,2	10,8
Total (n=224)	100	100	100	75,6	24,4

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Sobre el total de las personas cuidadoras (n = 224).

De esta manera, el primer aspecto a reconocer dentro de las estrategias de cuidados de las personas mayores es que en las mismas están involucradas principalmente las mujeres: tanto porque son quienes necesitan cuidados (72,5%) como quienes los prodigan (75,6%) desde muy distintas posiciones sociales. Además, se trata de un mundo mayormente habitado por mujeres en su adultez y particularmente en sus vejez, ya que la amplia mayoría de las que necesitan cuidados tienen 70 años y más y un 50,8% de las personas cuidadoras tienen 50 años o más. Son un 39% las que tienen entre 31 y 49 (etapas en las que posiblemente tengan cargas de cuidados de niñas/os), un 34,2% de 50 a 69 años y un 16,6% de las cuidadoras/es tienen 70 años y más¹²⁴.

¹²⁴ Las mujeres que aportan la mayor cantidad de tiempo de trabajo de cuidados para las PM70dep y también quienes más participan en el cuidado son mujeres de 50 años o más, lo cual coincide con antecedentes nacionales, particularmente en el caso del cuidado no remunerado en salud (Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Scavino 2018). En la ENEC, del total de las mujeres cuidadoras, las

Tabla 11. Características de las personas que participan en los cuidados de PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		% de N columnas
Edad de las personas cuidadoras	Hasta 30	10,2
	De 31 y 49	39,0
	De 50 a 69	34,2
	De 70 y más	16,6
Ocupación en el mercado laboral (sólo para quienes conviven)	No ocupado	52,9
	Ocupado	47,1
Máximo nivel educativo alcanzado (solo para quienes conviven)	Hasta primaria (completa o incompleta)	21,7
	Hasta secundaria o Utu (completa o incompleta)	56,3
	Hasta terciaria (completa o incompleta)	22
Recibe remuneración por cuidar	Sí	20,7
	No	79,3
Asistentes Personales	Sí	4,7
	No	95,3

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Sobre el total de las personas cuidadoras (n = 224).

Del total de las/os cuidadoras/es que conviven con las PM70dep, se encuentra que un 47,1% están ocupadas/os en el mercado de empleo y 52,9% no. Del total de personas cuidadoras (convivan o no) un 80% no recibe remuneración por la tarea desempeñada mientras que un 20% sí lo hace, pero solo un 4,7% son Asistentes Personales del Estado. Finalmente, de las personas cuidadoras que conviven con las PM70dep, se conoce que un 21,7% tiene hasta primaria completa o incompleta como máximo nivel educativo alcanzado, mientras que un 56,3% tiene hasta secundaria o Utu, completa o incompleta y un 22% de las personas cuidadoras de PM70dep cuenta con educación terciaria completa o incompleta, una distribución que acompaña la preponderancia de niveles económicos medios dentro de la muestra.

de 50 años o más proveen el 55,5% del tiempo de trabajo de cuidados. Las mujeres entre 51 y 70 años que cuidan de PM70dep lo hacen en promedio 15 horas diarias, mientras que las de 70 y más brindan 17 horas diarias de cuidados (ver Gráfico 25 en Anexos). En el caso de las mujeres más jóvenes (cuidadoras para las cuales se dirigen la mayoría de las políticas públicas y que como vimos, cuando cuidan niños/as cuentan con 4 horas diarias cada 5 días de la semana a partir de los 4 años) son quienes menos horas dedican al cuidado de personas mayores en situación de dependencia. Las que tienen hasta 30 años aportan un 10% del tiempo total y cuando se involucran lo hacen 12 horas diarias, mientras que las de 31 a 50 años, que brindan el 35% de cuidados, dedican 14 horas diarias en promedio. Cuando el tiempo de cuidados provisto por mujeres de 51 años y más es monetarizado (asignándole un valor monetario con la metodología descrita, suponiendo un escenario de cuidados todos los días del año) se encuentra que aportan un 1,2% del PIB para el cuidado de PM70dep, solo considerando Montevideo y Área Metropolitana (Ver tabla 3 en Anexos). Este es un trabajo por el que no se recibe remuneración a cambio, ni se generan aportes para la seguridad social, lo cual tiene una especial relevancia porque las mujeres presentan menores montos jubilatorios y la mayoría de las personas que reciben “pensión por vejez” de muy magro valor (Aguirre y Scavino, 2018; Aguirre y Scuro, 2010). Así, la participación de las mujeres en los cuidados durante toda su vida las coloca en una situación de desventaja en cuanto a la autonomía económica en las vejez, producto de la ausencia del reconocimiento de su trabajo por parte de la seguridad social. Por ejemplo, son casi nulas las medidas para compensar el trabajo de cuidados en las leyes que regulan la seguridad social y el acceso a jubilaciones y pensiones. El mencionado año por hijo nacido vivo introducido en la reforma de 2009, que dista de suplir los costos de la “penalización por maternidad” (Querejeta, 2021) es quizá el mecanismo más importante desarrollado.

Al profundizar en el análisis de la participación laboral de las personas cuidadoras que conviven con PM70dep en relación con las que conviven con PM70, tanto con dependencia como sin dependencia, en Montevideo según la Encuesta Continua de Hogares de ese mismo año (ECH, 2019), es notorio que quienes efectivamente conviven con PM70dep con necesidades de cuidados trabajan en el mercado laboral en mayor proporción que el porcentaje de personas que habita en hogares con al menos un integrante de 70 años y más, quienes en su mayoría no presentan niveles de dependencia según los antecedentes (Colacce et al2021; BPS, 2015). Contrariamente al desempleo como problemática frecuente para las cuidadoras de niños/as, buena parte de las cuidadoras están en el mercado laboral y se sostienen en el mismo. Las diferencias del empleo de las personas que conviven con otras de 70 años y más sin dependencia en la ECH y en situación de dependencia en la ENEC tal vez se deban a los arreglos familiares y de convivencia presentes en la segunda, pudiendo encontrarse más personas viviendo solas o en pareja de jubiladas/os y pensionistas cuando se considera simplemente a la población según la edad y no por la presencia de dependencia. De esta manera, mientras que el 47,1% de las personas que conviven con PM70dep trabajan, esto sucede con apenas el 27% de las personas que conviven con PM70 en la ECH (2019).

Tabla 12. Situación de empleo de las personas cuidadoras que conviven con PM70dep y de las personas que conviven con personas mayores en Montevideo, ENEC y ECH, 2019

		No trabaja	Trabaja	Trabaja (ECH 2019)	Total
Sexo persona cuidadora	Varones	50,0	50,0	34,5	100
	Mujeres	54,1	45,9	20,3	100
Edad persona cuidadora	Hasta 30	48,6	51,4	45,7	100
	De 31 a 50	29,4	70,6	75,7	100
	De 51 a 70	67,0	33,0	41,0	100
	De 70 y más	78,4	21,6	5,3	100
Grado de dependencia persona a la que cuida	Leve	34,4	65,6		100
	Moderada	61,8	38,2		100
	Severa	62,5	37,5		100
Nivel Socioeconómico del Hogar	Alto	39,5	60,5		100
	Medio	49,7	50,3		100
	Bajo	69,0	31,0		100
Total		52,9	47,1	26,0	100

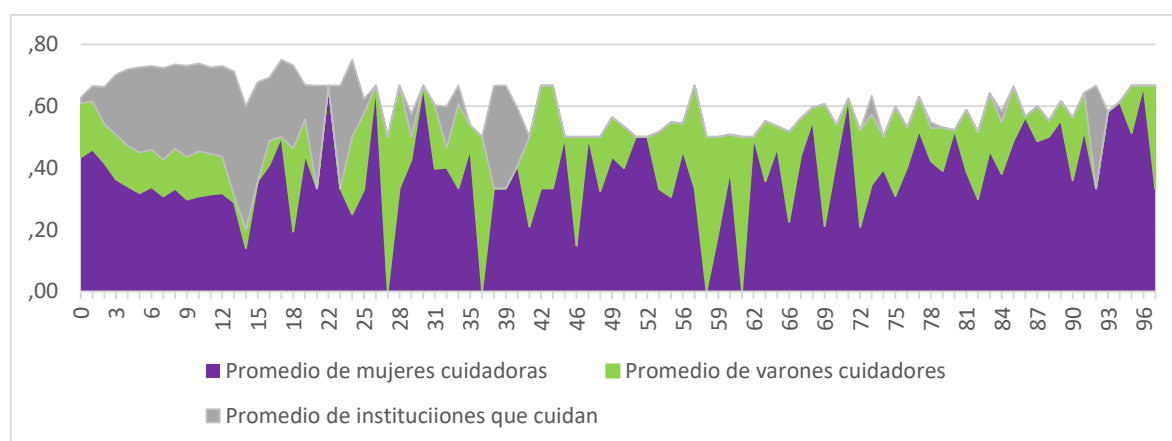
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, 2019 del Instituto Nacional de Estadística. Nota: sobre el total de cuidadores que conviven con PM70dep (ENEC) y sobre el total de personas de 14 años o más que conviven con PM70 en Montevideo (ECH).

Si bien el sostenimiento en el mercado laboral está presente en la población que convive con PM70dep en mayor medida que la que convive con PM70 (ECH, 2019), es notorio que las mujeres que conviven y cuidan de PM70dep presentan una leve menor participación en el mercado laboral en relación con los varones (45,9% las primeras, 50% los segundos, aunque ellas aportan mayor cantidad de horas totales de producción, como se presenta en el gráfico 13). La ocupación también disminuye conforme lo hace la edad, y es particularmente baja entre 51 y 70 años y 70 y más (33% y 21,6%, respectivamente), lo cual se asocia a las edades de retiro y el

comienzo del aumento de la dependencia más marcado. A su vez, la convivencia con personas con dependencia severa y moderada coexiste con menores porcentajes de ocupación de las personas cuidadoras con las que se convive, en relación con la ocupación de las personas que conviven con PM70 con dependencia leve (38,2% y 37,5% ante 65,6%). Y respecto a los niveles económicos, las personas que cuidan en hogares de NSE altos se mantienen más en el mercado laboral en relación con las de niveles medios y bajos (60,5%, 50,3% y 31%, respectivamente). Es preciso reparar en que la amplia mayoría (85%) de las personas cuidadoras que conviven con las PM70dep, al ser consultadas sobre si han dejado de trabajar a causa de las demandas de cuidados, no reconoció este como el motivo principal, presentándose dos alternativas a modo de hipótesis: el retiro (jubilación o pensión) y el desempleo.

Finalmente, con independencia del momento del curso de vida en el que se encuentren o de su situación de ocupación, las mujeres son quienes más cuidan y las que envejecen están particularmente implicadas en los cuidados en las vejez. De hecho, están particularmente presentes si se comparan con la participación de mujeres, varones e instituciones en otros momentos del curso de vida en donde las necesidades de cuidados son otras, como es el caso del cuidado de niñas/os y de personas en situación de dependencia desde los 13 años en adelante.

Gráfico 17. Promedio de varones, mujeres e instituciones que participan en el cuidado de niñas/os de 0 a 12 y de personas en situación de dependencia de 13 años a 69 y 70 y más. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC.

El temprano desarrollo educativo en Uruguay ha permitido que la gran mayoría de los niños/as, casi la totalidad desde los 4 años cuente con al menos 4 horas de cuidados diarios provistas por la Escuela. Esta cantidad de horas no es compatible con una jornada laboral de 8 horas, que además requiere de la consideración de los tiempos de traslados, aspecto que repercute en la precarización de las oportunidades y condiciones para acceder al mercado de empleo por parte de las mujeres uruguayas que conviven con niñas y niños de 0 a 12 años (Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019; Batthyány, 2015, 2001, entre otros). No obstante, representan un

“alivio” de tiempo para la mayoría de las mujeres que cuidan de niños/as con los que conviven o no. No existe un papel institucional o colectivo similar en el caso de las personas en situación de dependencia, particularmente cuando tienen 70 años y más, lo que sobrecarga y deposita en las mujeres (y sus capacidades individuales en función de los recursos heredados y adquiridos) la responsabilidad por el cuidado, en donde el parentesco tiene un rol fundamental en la obligatoriedad moral, como se profundizará más adelante.

El cuidado de las personas mayores en situación de dependencia recae principalmente en los vínculos privados (familiares, domésticos) y está fuertemente ausente su colectivización mediante la presencia y uso de centros de día o de otro tipo de experiencia común extra-doméstica. Si bien el Estado uruguayo apostó por un fuerte desarrollo de políticas públicas dirigidas a la recuperación social de la crisis de 2002 y a la ganancia en el reconocimiento de derechos, la agenda y el despliegue de políticas dirigidas a personas mayores fue escaso, evidenciado en la escasa jerarquía y presupuesto otorgado al Instituto de las Personas Mayores (creado en 2009 sin mayor avance en la capacidad de articulación y simplificación de los procesos intra-estatales de garantías de derechos y protección social), y la falta de resolución clara sobre la potestad y regulación de los centros de cuidados en el Ministerio de Desarrollo Social y Salud Pública, que puso en pausa un pretendido, pero retórico, avance en la regularización y provisión de cuidados en centros. Incluso, como se mostrará más adelante, las políticas de cuidado de larga duración ni siquiera formaron parte del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, más allá de un papel restringido y poco desarrollado en relación con la regularización de los mismos (Berriel y Guidotti, 2021; Acosta, Picasso y Perrotta, 2018; Aguirre y Scavino, 2016).

De esta manera, siendo las mujeres quienes durante todo el curso de vida aportan importantes cargas de tiempo para los cuidados de los otros, y habiendo reconocido que en las estrategias de cuidados de las PM70dep su presencia, y particularmente de las viejas, está absolutamente extendida, siendo la red de cuidadoras más amplia cuando ellas participan y siendo quienes aportan al cuidado directo y concreto ya sea de manera gratuita o remunerada, es de interés dar cuenta de la participación del Estado, del mercado, la comunidad y las familias en las estrategias de cuidados, a fin de conocer cuáles son los caminos previstos por la sociedad montevideana actual para responder a las demandas de cuidados de quienes más cuidan en la sociedad durante los años próximos a la muerte y el aumento de la dependencia a ella asociada (Austad, 2006; Bora & Saikia, 2015; Cameron et al., 2010 en Colacce et al, 2021, p. 37, Aguirre y Scavino, 2018).

Un diamante poco brillante

Las críticas que las feministas introdujeron a la noción liberal de ciudadanía (Pateman, 1990; Dietz, 1990 en Aguirre, 2003, p. 11) pusieron de manifiesto que la asociación del hombre con la razón, la cultura y la actuación en el mundo público y la esencialización de las mujeres

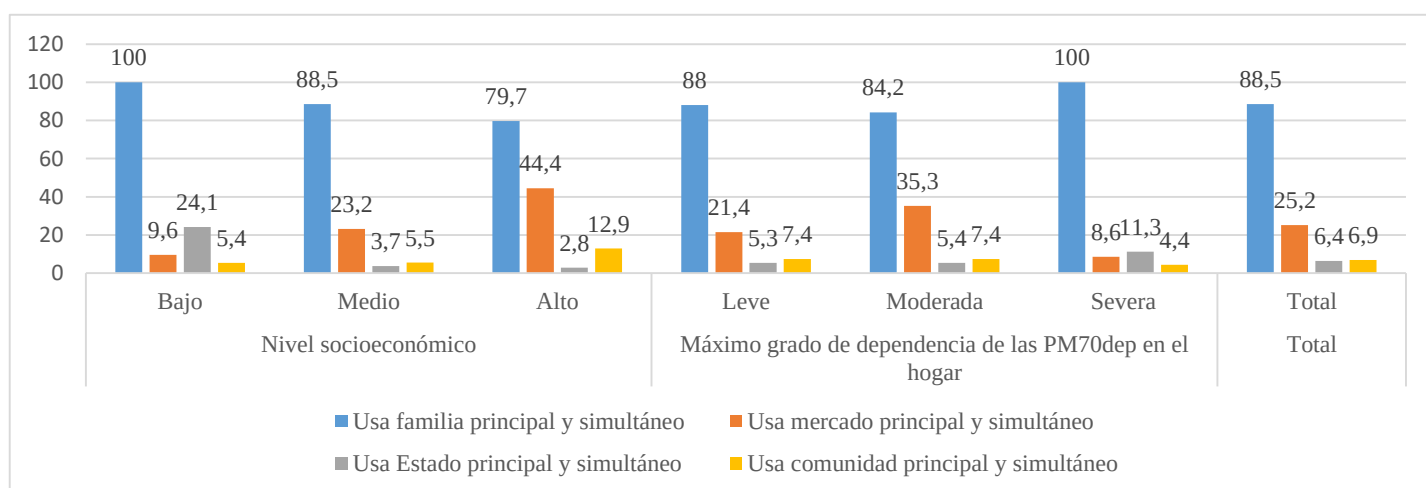
como seres no racionales, sino marcadamente emocionales, condujeron a una separación de ámbitos tajante que dejó a la esfera familiar y del ámbito de convivencia por fuera de los asuntos “civiles” y de la ciudadanía. Las mujeres, al ser consideradas esencialmente como “madres” y “esposas” de los varones (racionales, públicos), no fueron consideradas ciudadanas y las familias (y las dinámicas en ellas presentes) quedaron sin “espacio dentro del lenguaje de los derechos y deberes de los ciudadanos, (la familia) fue considerada la base natural de la existencia en la que se ocultan las diferencias internas, en una unidad en la que esposas e hijos dependientes quedan excluidos de los derechos civiles y políticos” (Aguirre, 2003, p.11). Esta problemática, que se integraba en las demandas del movimiento sufragista, incluso una vez reconocidos sus derechos civiles, permaneció vigente en tanto no hubo una nueva repartición de lo que se entendía como “deberes y derechos” de las mujeres en relación con las familias, permaneciendo una injusta división sexual del trabajo en su seno. A la vez, los procesos de incorporación de las mujeres en el mercado laboral fueron imparciales y se abstrajeron las diferencias existentes con los varones, lo cual repercutió en la dificultad (aún vigente) de las mujeres para incorporarse en igualdad de condiciones a los espacios públicos (Aguirre, 2003, pp. 11-12, siguiendo a Saraceno, 1994). Las políticas de bienestar, al haberse desarrollado principalmente vinculadas a la participación en el mercado laboral, contribuyeron a la reproducción de desigualdades en el acceso a derechos básicos como a los ingresos, a una vivienda, a la atención sanitaria, al sistema educativo de calidad, entre otra amplia gama de satisfactores de necesidades básicas que han sido reconocidas como derechos. En este marco, el debate sobre las distintas improntas estatales en cuanto a su función redistributiva y de reconocimiento, como señalaba Fraser (2000), se tradujo en un análisis del papel que los principales sectores del bienestar social (Estado, mercado, familias y comunidad) tienen en su provisión directa y los mecanismos de acceso a los bienes y servicios por los mismos producidos. Como han señalado Daly y Lewis (2011), una forma de observar cuán democráticamente se distribuyen los recursos es observar cómo es distribuido y provisto el cuidado por los mencionados sectores y qué sujeto social los produce (algo que también tiene en consideración Thomas (1993) a la hora de proponer la multidimensionalidad del concepto de cuidados). Recordando que el familismo alude a una matriz cultural y que la participación de familiares en los cuidados no es en sí misma problemática o indeseable, y que el familismo patriarcal permite nombrar de manera más clara cómo el familismo opera en detrimento de la ciudadanía de las mujeres asumiendo su obligatoriedad en los cuidados, acompañada de argumentos como que las mujeres son mejores cuidadoras por naturaleza, y refuerzan prácticas desiguales de cuidados vecinos (Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Saraceno y Keck, 2008; Jelin, 1998; Esping-Andersen, 1993; De Miguel, 2018), a continuación buscamos reconocer cómo son las estrategias de cuidados de las PM70dep en cuanto a la participación de los distintos sectores proveedores de bienestar social.

La participación de la familia (sea la única cuidadora o compartiendo el tiempo de cuidados –principal y simultáneamente–) se encuentra en el 88,5% de las estrategias de cuidados

de PM70dep, seguida del mercado, presente en una de cada cuatro estrategias (25,2%) desarrolladas. El Estado y la comunidad son los sectores con mayor ausencia en las estrategias de cuidado de las PM70dep durante un día típico, ya que la participación del primero alcanza un 6,4% del total, mientras que la segunda (voluntariados, ONGS, amigos o vecinos con quienes no se convive) está presente en 6,9% de las estrategias desarrolladas para cuidar. No obstante, el sector comunitario y de las organizaciones sociales relativas a los derechos de las personas mayores son quienes más representan las demandas de estos colectivos en el ámbito público, participando de manera frecuente en reuniones colectivas, medios de comunicación, seminarios de investigación, reuniones sindicales, entre otras.

Al igual que indicaban los estudios de representaciones sociales del cuidado, en donde se observó una clara estratificación del familismo cultural según los niveles adquisitivos y una leve participación del Estado en los sectores socioeconómico más bajos (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014), en la ENEC los datos evidencian que las estrategias varían por nivel socioeconómico, pero también lo hacen por nivel de dependencia: en parte por las diferencias en las necesidades de cuidados, en parte por los criterios de focalización que las políticas públicas plantean. En el caso de los de niveles bajos, las familias están presente en el 100% de las estrategias de cuidados, disminuyendo a 88,5% en los sectores medios y a 79,7% en los altos. Contrariamente, solo en un 9,6% de las estrategias de hogares de NSE bajos se presenta uso del mercado como cuidado principal o simultáneo, aumentando a 23,3% en el caso de los de niveles medios y alcanzando cerca de la mitad de las desarrolladas en hogares de NSE altos (44,4%). El Estado alcanza a estar presente en el 24,1% de las estrategias de cuidados de hogares de NSE bajos, siendo muy leve la participación en sectores medios (3,7%) y altos (2,8%) y la comunidad representa es levemente más declarada en las estrategias de cuidados desarrolladas para PM70dep en los hogares de niveles socioeconómicos altos (12,9%) siendo menos importante en los de medios y bajos (5,4 y 5,5% respectivamente).

Gráfico 18. Participación de cada sector en las estrategias de cuidados de PM70dep, según NSE de los hogares y máximo grado de dependencia en el hogar. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados. Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de hogares (143).

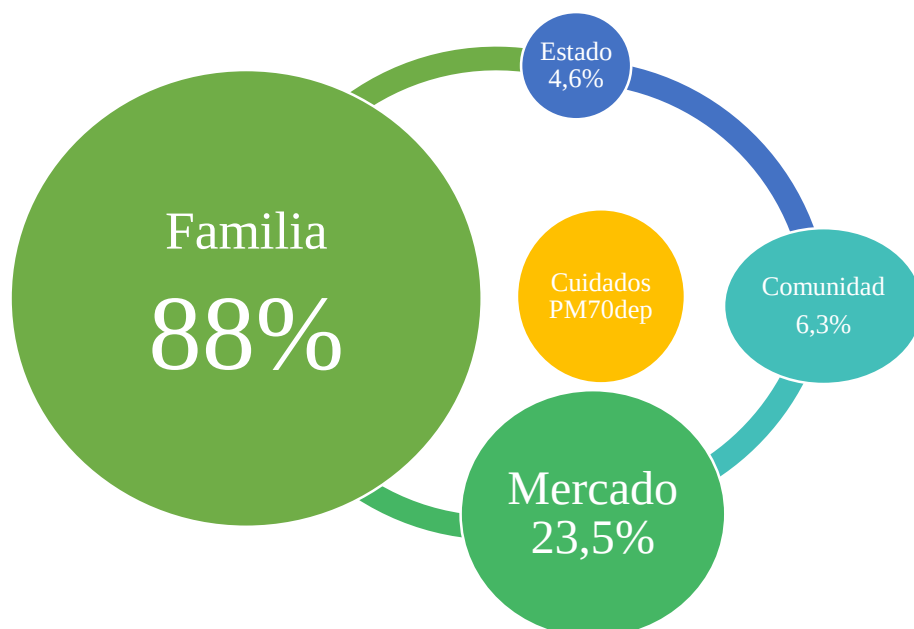
La participación de cada uno de los sectores proveedores de bienestar en las estrategias también varía según el máximo grado de dependencia de las personas de 70 años y más en cada hogar. Aquellos que son integrados por PM70dep con dependencia severa presentan participación de las familias en el 100% de las estrategias, disminuyendo a 88% de las estrategias de hogares con PM70dep con dependencia leve y al 84,2% de las estrategias de hogares con PM70dep con dependencia moderada. En estos últimos, la participación del mercado es más alta: un 35,3% de las estrategias integra la compra de servicios en el mismo, mientras que esta cifra alcanza a un 21,4% de las estrategias de cuidados en hogares con PM70dep leves y apenas un 8,6% de aquellos con dependencia severa. Si bien es posible que haya una mayor externalización del cuidado hacia centros de larga estadía cuando la dependencia es severa, también es posible considerar que el aumento de la vulnerabilidad reduce la confianza en el uso del mercado, que, como se profundizará más adelante, presenta condiciones de informalidad y falta de capacidades y formación para el cuidado en la producción de servicios. No obstante, en estos hogares integrados por personas con dependencia severa, para los cuales está dirigido principalmente el Programa de Asistentes Personales, registra una mayor participación del Estado (11,3%) en relación con los hogares con PM70 con dependencia moderada o leve (5,3 y 5,4%).

Según los datos, las políticas sociales son de carácter focalizado y aparecen dos criterios: la vulnerabilidad socioeconómica y la dependencia severa como criterios de “acceso” a la garantía real de los derechos al cuidado provista de manera directa por el Estado. Esto desde la mirada de los hogares, ya que desde la mirada de la institución de un sistema de cuidados la tercerización de la provisión del servicio en el mercado contribuye a la producción de peores condiciones laborales y la precarización del sector, así como de las desigualdades sociales en torno al acceso real del derecho al cuidado. En este sentido, es posible recordar que los cuidados son una inversión a mediano plazo en tanto permiten descomprimir las cargas de cuidados de las mujeres (frecuentemente hijas) quienes pueden dedicar su tiempo a otras actividades relevantes para el desarrollo social y, a la vez, garantizar derechos (Esping-Andersen, 2008).

La presencia de cada uno de los distintos sectores en las estrategias de cuidados varía cuando se considera la interacción entre ellos, que se plasma en una serie de representaciones gráficas a continuación que buscan poner de manifiesto las variaciones en la materialidad de las estrategias de cuidados realmente desarrolladas cuando las PM70dep presentan necesidades de cuidados en Montevideo y Área Metropolitana. Las estrategias de cuidados de las personas de 70 años y más en situación de dependencia en Montevideo y el Área Metropolitana llevadas a cabo en los hogares particulares se basan principalmente (79%) en la presencia de un solo sector proveedor de cuidados, a juzgar por los datos de participación de los mismos en un día típico. Atendiendo al total de las estrategias desarrolladas para el cuidado de PM70dep, se encuentra

que un 88% integró cuidados familiares, seguido de un 23,5% que integró mercado, un 6,3% en donde participó la comunidad y solo un 4,6% en donde hubo presencia del Estado.

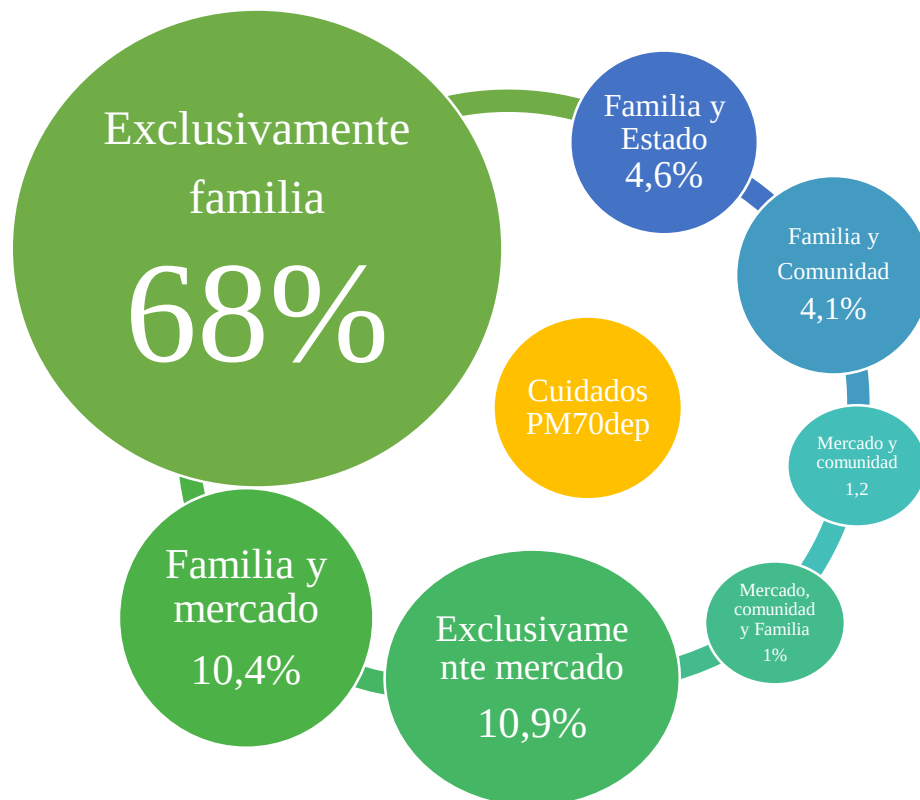
Figura 2. Participación de los sectores proveedores de bienestar en el total de las estrategias de cuidados desarrolladas para PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia

Sin embargo, en la práctica los sectores se encuentran participando de manera exclusiva o combinada en las diferentes estrategias de cuidados desplegadas en un día típico para el cuidado de PM70dep. De hecho, cuando se consideran las combinaciones de participación, se observa que en el 68% de las estrategias participa exclusivamente la familia, seguida de un 10,9% de estrategias en donde participa exclusivamente el mercado y un 10,4% donde se combina la participación de familias y mercado. En un magro 4,6% el Estado siempre se combina con la familia en las estrategias de cuidados. Un 4,1% de las estrategias presenta una combinación de cuidados familiares y comunitarios, y de manera residual se hallan combinaciones del mercado y la comunidad (1,2%) y del mercado, la comunidad y la familia (1%).

Figura 3. Participación combinada de los sectores proveedores de bienestar en el total de las estrategias de cuidados desarrolladas para PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia

Los cuidados de las personas mayores en situación de dependencia permanecen como una tarea relativa a las familias, pero presentan grados importantes de mercantilización, aspecto que se observa en varias sociedades occidentales, particularmente las mediterráneas (Da Riot, 2010; Rogero García, 2010; Benería, 2008; Moreno et al., 2016; OIT, 2018). Es probable que la tendencia a la derivación de las responsabilidades de cuidados que permanecían como parte de las responsabilidades del sistema sanitario a causa de los procesos de mercantilización de la salud y de “eficiencia” de la gestión de los centros hospitalarios expliquen parte del avance del mercado como una estrategia con especial peso en el cuidado de las PM70dep, conjuntamente con el mencionado proceso de alargamiento de la vida y mayor peso poblacional de personas en situación de dependencia. Esto implicaría la ausencia de consideraciones acerca de si hay disponibilidad de personas para cuidar, con qué capacidades y conocimientos cuentan para hacerlo y qué tipos de riesgos están presentes en las mismas y sus entornos (Bathynány, Genta, Perrotta, 2016; Scavino, 2018; Durán, 2008), siendo que analizar exclusivamente al sistema sanitario como cuidador conduciría a mirar solo la “punta del Iceberg” de los cuidados (Durán, 2008).

La expansión del mercado como una de las principales estrategias para cuidar de las personas mayores en situación de dependencia se agudiza aún más cuando se ejercita considerar el peso de cada sector y de sus combinaciones sobre el total de las estrategias de cuidados,

integrando la cantidad de estrategias de cuidados externalizadas en centros de larga duración. El ejercicio se planteó integrar a la cantidad de estrategias por persona, la suma de personas que vivían en Montevideo en centros de larga estadía (última disponible, Censo 2014 (SIVE, 2015) (sobrestimada a causa de la presencia de personas residentes menores de 70 años)). Ante su inclusión, las estrategias exclusivamente familiaristas representarían el 62%¹²⁵ y las estrategias externalizadas completamente representarían el 8%. Partiendo de la base de que en su amplia mayoría los ELEPEM son servicios privados, su consideración engrosa la participación del mercado como único proveedor de cuidados en las estrategias (18,4%), que sumado a la combinación de familia y mercado (9,5%) incrementan la participación sobre el total de las estrategias. Esto abona la hipótesis de un crecimiento importante del papel del mercado como formato de resolución de las necesidades de cuidados. Si en el total de los hogares con PM70dep el mercado formaba parte del 25% de las estrategias de cuidados, sobre el total de las estrategias desarrolladas para cada PM70dep, se encontraba en 23,5% de las estrategias de cuidados en un día típico, aumentando al 30% cuando se consideran los ELEPEM. El porcentaje de estrategias provistas por familia y Estado se reducen a 4,2% y las provistas por familia y comunidad a 3,8%, siendo 1% aquellas en donde cuidan familiares y miembros de la comunidad y sólo 0,9% en donde hay presencia de las familias, el mercado y la comunidad conjuntamente.

Si bien Uruguay y Chile son los países con mayor uso de ELEPEM en la región latinoamericana y caribeña con valores cercanos a 2% de personas (mayoritariamente mujeres) de 65 años o más residiendo en centros de larga estadía (CEPAL, 2022; BID, 2022), los mismos distan mucho de los de la mayoría de países de la OCDE. En el gráfico 2 en anexos se evidencia que, de 29 países, solo 4 presentan valores similares (Israel, Portugal, Polonia y Letonia), siendo 2,1% el valor en el caso de España. En Lituania, un 10% de las PM65 habitan en centros de cuidados de larga duración, seguidos de un 8% en Bélgica y 6% en Islandia y Australia. Contrariamente, el promedio de los países de América Latina y el Caribe se ubica en 0,5% (CEPAL, 2020^a, p. 21).

Además de los cuidados en centros de larga duración, en la región en donde se consume mayor cantidad de trabajo doméstico en domicilio (Filgueira y Martínez, 2019), el porcentaje de cuidadoras remuneradas en domicilio para el trabajo de cuidados de personas mayores es alto, alcanzando un 27% sobre el total de las estrategias de cuidados de PM70dep, similar al promedio de los países de la Unión Europea para el caso de las personas con dependencia moderada. De hecho, de las estrategias de cuidados de las PM70 con dependencia moderada, un 30% integra cuidados remunerados en domicilio, seguido de un 27,2% en el caso de las estrategias de cuidados de personas en situación de dependencia leve y un 18,2% de las que tienen dependencia severa.

¹²⁵ Tanto la presencia de un pequeño porcentaje de personas de entre 50 y 70 años, como una estimación más laxa de la dependencia en el Censo del SIVE (2015) pueden ser causantes de dicha sobrestimación. A su vez, la ratio asumiría que cada persona es un hogar, pudiéndose dar que en un hogar se externalice el cuidado de dos personas en centros de larga estadía.

La cultura de la contratación de servicios de cuidados domiciliarios está vinculada con un alto y temprano desarrollo del “Servicios de Acompañante” en el país en donde un 36,4% declara contratarlo (según la ELPS, BPS, 2015¹²⁶). El mismo suele ser ofertado por los centros hospitalarios en convenios con empresas privadas que nuclean a una parte de las trabajadoras del cuidado, diseñado originalmente para emergencias o eventos agudos pero expandido como servicio domiciliario. A juzgar por el porcentaje de mujeres ocupadas en el sector del servicio doméstico en Uruguay (9%), que en otros países de la región alcanza valores más altos, como en Argentina (17%), Costa Rica (17%), Paraguay (17%), en menor medida Brasil (14,3%) y más bajos como el caso de Bolivia (3,7%) y Venezuela (3,9%) (CEPAL, 2020^a, p. 45), las estrategias de cuidados de PM70dep se nutren particularmente de este recurso, que está presente en el 26,3% de los hogares con presencia de PM70dep y el 27% de las estrategias de cuidados.

Figura 4. Participación combinada de los sectores proveedores de bienestar en el total de las estrategias de cuidados desarrolladas para PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia y las estimaciones de la cantidad de personas dependientes de 50 y más que residen en los ELEPEM según el SIVE (2015) en Montevideo (4.932 en 431 centros de larga estadía).

Si bien el porcentaje de participación de las familias cae debido a la externalización total de los cuidados en ELEPEM, cuando las estrategias de institucionalización total son tenidas en consideración, es importante considerar que las familias también participan de los cuidados

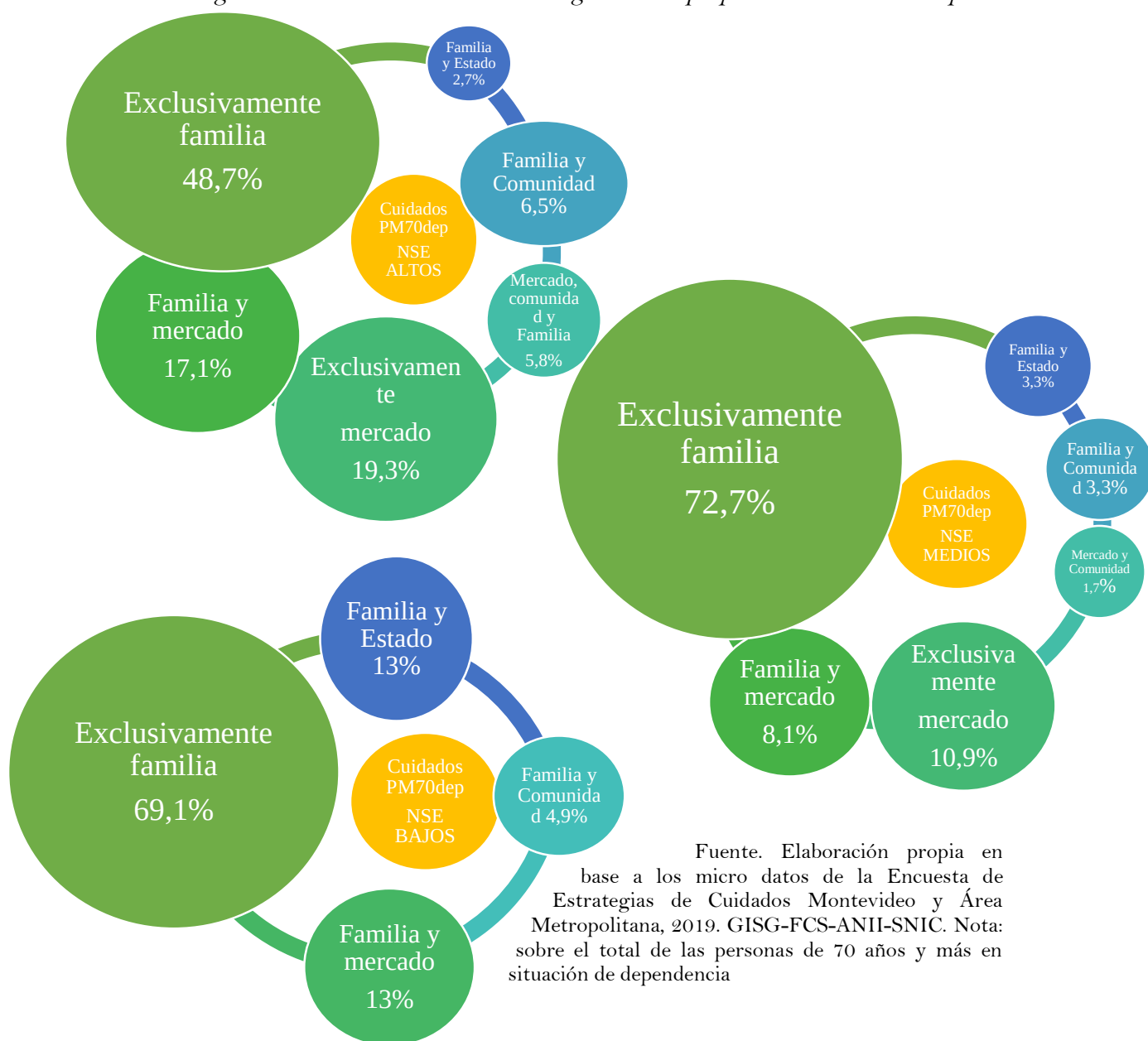
126

<https://indicadores.elps.org.uy/jsf/vistaIndicador.xhtml?sessionId=q-SGC5wcsiW1XGxfJBGyaKzF?idIndicador=10>

cuando las personas viven en centros de larga duración. No lo hacen sólo mediante visitas y gestiones con los propios centros de cuidados, sino también en lo relativo a la salida de las personas mayores desde los centros hacia la ciudad u otros servicios. Esto da cuenta de que, incluso cuando se hace uso de centros, la derivación del cuidado no es completa y por ende la individualización del derecho no tiene un necesario correlato en la provisión de servicios completamente autónomos (de las familias), lo cual representa un desafío importante ante un creciente número de personas que pueden no contar con familiares en sus vejees. La ausencia del Estado y de la comunidad es notoria en el caso de los cuidados de las personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana.

Por otra parte, la posibilidad de externalizar el trabajo material de cuidados está vinculada al nivel socioeconómico y las costumbres intergeneracionales presentes en los hogares a partir de su posibilidad de adquirir dichos servicios generación tras generación (Batthyány, Genta y Perrotta, 2012; Batthyány, Perrotta y Scavino, 2020; Pineda Duque, 2018; entre otros). El poder adquisitivo de las personas y de sus familiares determina en parte la capacidad de derivar hacia el mercado el trabajo de cuidados, mientras que la impronta universal o focalizada por nivel socioeconómico de las políticas públicas llevadas adelante por el Estado delimitan la provisión del cuidado social y sus diferencias en función de los recursos con los que cuentan los distintos hogares. En los hogares con mayores niveles de poder adquisitivo el cuidado está provisto de manera exclusiva por parte de familiares en el 48,7% de las estrategias, siendo el cuidado compartido con el mercado en un 17,1% de los casos, provisto exclusivamente por el mercado en un 19,3% y en donde la comunidad y la familia participan en el 6,5% y se integra mercado, familia y comunidad en un 5,8% de las estrategias. La participación del Estado es residual, incluso cuando el programa de Asistentes Personales puede ser parte de las estrategias de los hogares (pagando el 100% del servicio, pero contando con una AP del registro único de cuidadoras del Estado). Es decir que, en los sectores socioeconómicos altos, incluso pudiendo utilizar los servicios estatales se utilizan servicios por parte de prestadores privados, estando involucrado el Estado en sólo 2,7% de las estrategias de cuidados para PM70dep llevadas a cabo en los hogares. Aquí la carga está distribuida, y es en estos hogares en donde se halla una representación más equilibrada de la participación de los distintos sectores proveedores de bienestar social.

Figura 5. Participación de los sectores proveedores de bienestar en las estrategias de cuidados según el nivel socioeconómico de los hogares a los que pertenecen las PM70dep



En los sectores medios, las estrategias de cuidados de PM70dep están ampliamente basadas en el cuidado familiar exclusivamente, alcanzando un 72,7% de las mismas. Un 10,9% de las estrategias se sostiene mediante la exclusiva contratación de servicios de cuidados en el mercado (nótese que en los sectores bajos desaparece el mercado como único proveedor de cuidados en las estrategias). Otro 8,1% de las estrategias de cuidados se basa en el cuidado provisto por familia y mercado en los sectores medios, en donde apenas un 3,3% de las estrategias combina Estado y familia o familia y comunidad, siendo apenas un 1,7% de las estrategias totales basadas en el mercado y la comunidad. En estos casos, es evidente que la ausencia del Estado y

la menor capacidad de compra en el mercado tensionan fuertemente a las familias, quienes deben hacerse cargo de mano propia del trabajo de cuidados. Finalmente, en el caso de los hogares más pobres de Montevideo y Área Metropolitana, un 69,1% de las estrategias de cuidados de las PM70dep está basado en el cuidado familiar exclusivo, siendo que un 13% de las mismas se apoya en el cuidado estatal (Asistentes Personales) y familiar, otro 13% en la familia y el mercado (mediante la contratación de servicios informales de cuidados). Solo un 4,9% integra familia y comunidad.

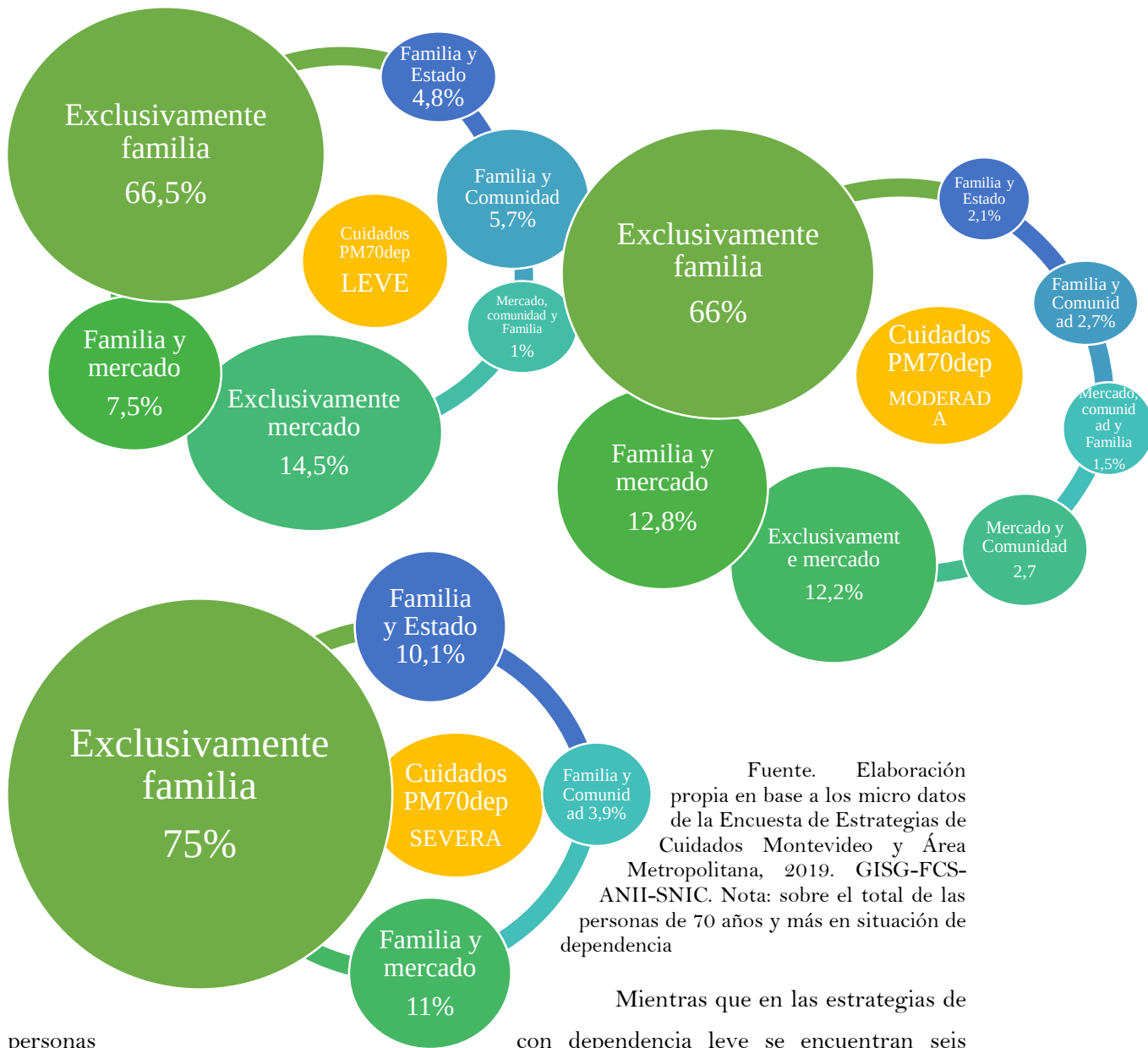
Así, las estrategias logran distintos niveles de participación y de complejidad en la presencia de distintos actores cuidando en los sectores económicos altos y medios, siendo más reducidas en los bajos. En estos últimos sólo se encuentran cuatro tipos de combinaciones de participación en las estrategias, destacándose el papel del Estado y las familias en la provisión conjunta de cuidados, mientras que en las estrategias de PM70dep de hogares de NSE medios y altos, hay seis. Además, el peso total de cada sector se encuentra mejor distribuido en las estrategias de PM70dep hogares de NSE altos, seguidas de los bajos y siendo las de PM70dep de NSE medios las más exigentes para las familias, quienes asumen la mayor parte del trabajo de cuidados ante la ausencia de políticas subvencionadas para estos sectores y una capacidad de compra restringida.

Las estrategias de PM70dep de hogares de NSE altos son las que más se acercan a redistribuir los pesos en relación con el modelo ideal planteado en el teórico diamante de bienestar. Sin embargo, lo hacen por una mayor participación del mercado y la comunidad, además de las familias, siendo el Estado poco partícipe de las mismas. En los sectores altos es en donde aparece una mayor presencia de actores comunitarios, estando los centros comunitarios, voluntariados y amigos o vecinos más presentes en las estrategias de PM70dep en relación con las llevadas adelante en hogares de NSE medios y bajos.

Al considerar a las estrategias de cuidados según los grados de dependencia de las personas que los reciben también se encuentran diferencias importantes en la participación de los sectores proveedores de bienestar. Es importante notar que la familia es la principal proveedora de cuidados de manera exclusiva, pero muy particularmente cuando se trata de la dependencia severa, en donde se observa que el 77,1% de las estrategias de cuidados se basa en el cuidado familiar sin participación de otros actores. En las estrategias de personas mayores con dependencia leve y moderada, la participación exclusiva de las familias alcanza un 66,5% y 66% respectivamente. En las estrategias de cuidados de PM70dep es donde se encuentra una mayor participación del mercado como cuidado exclusivo, alcanzando al 14,5% de las mismas, y un 7,5% de las estrategias se basa en el cuidado provisto por el mercado y las familias de manera conjunta. En un 5,7% de las estrategias de cuidados de PM70 con dependencia leve participan la familia y la comunidad, mientras que en un 4,8% lo hacen las familias conjuntamente con el Estado, mediante el desarrollo de algunos dispositivos como los centros de día. De manera marginal,

familia, mercado y comunidad están presentes cuidando de manera integral en un 1% de las estrategias de cuidados.

Figura 6. Participación de los sectores proveedores de bienestar en las estrategias de cuidados según los grados de dependencia de las PM70. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los micro datos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia

Mientras que en las estrategias de personas con dependencia leve se encuentran seis formas distintas de participación, en el caso de las estrategias con presencia de dependencia moderada, se encuentran siete. Además del 66% de las estrategias basadas exclusivamente en el cuidado familiar, un 12,8% de estrategias que combinan familia y mercado y un 12,2% en donde cuida el mercado de manera exclusiva. En menor medida, aparecen el mercado y la comunidad como parte de las estrategias de cuidado de PM70dep con dependencia moderada (2,7%), la familia y la comunidad (2,7%), la familia y el Estado (2,1%) y el mercado, la comunidad y la familia (1,5%). Las estrategias de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia,

comparten con las estrategias desarrolladas en los hogares más pobres una menor variedad de combinaciones de participación de distintos actores. Sumado al 75% de cuidados exclusivamente familiares (contra intuitivamente, a mayor dependencia, menor nivel de profesionalización de los cuidados, lo que indirectamente implica un costo alto tanto para las familias como para las garantías del derecho a cuidados de calidad en las vejez), aparecen la familia y el mercado en un 11% de las estrategias de cuidados, la familia y el Estado en un 10,1% de las mismas (lo que evidencia parte del efecto de la focalización del Programa de Asistentes Personales) y un 3,9% de familia y comunidad.

Una vez detectada la participación de los distintos sectores en los cuidados de la PM70dep, y vista una heterogeneidad importante asociada al nivel económico de los hogares en donde se desarrollan las estrategias de cuidados, así como a las necesidades que provienen de los grados de dependencia, es de interés recordar brevemente quiénes cuidan dentro de las familias y reconocer cómo es la participación de los familiares que cohabitan o no a lo largo de un día típico según los niveles de dependencia.

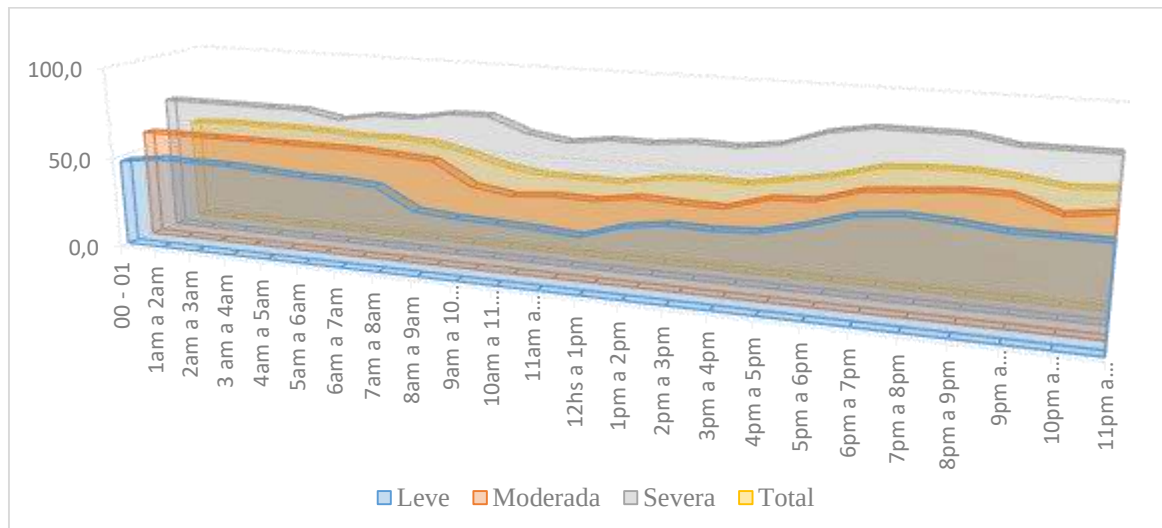
Al observar a las estrategias de cuidados, en todas (exceptuando en aquellas llevadas adelante en hogares de NSE altos) hay una participación de la familia como sector proveedor de bienestar de manera exclusiva, sin otros actores. La mayoritaria presencia de la familia en los cuidados coincide con los antecedentes (Roger García, 2010; Romero Balsas, 2012; Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; entre otros)¹²⁷. ¿Quiénes, precisamente, son las y los cuidadores que se hacen cargo de garantizar algunas respuestas a las necesidades de cuidados de las PM70dep? Las mujeres de las familias, particularmente las hijas. Del total de las personas e instituciones que cuidan, el 55,5% son familiares que conviven con las personas a las que cuidan y un 18,9% son familiares que no conviven con las PM70dep de las que cuidan, y del total de familiares que participan en los cuidados, el 69,8% son mujeres, siendo un 30,2% varones que, como se evidenció en la descripción de las sujetas clave en el desarrollo de las estrategias de cuidados, participan de manera más selectiva que las mujeres en las estrategias de cuidados de las PM70dep. En el mismo sentido en que ya fuese señalado, los varones participan generalmente cuando son los hijos y cónyuges de las PM70dep, mientras que las mujeres lo hacen desde diferentes roles de parentesco o como parte de una red más amplia de cuidados.

Respecto a la participación en los cuidados entre hogares, se observa que las personas que conviven en el mismo hogar con las PM70dep son quienes aportan mayores proporciones del tiempo (distintas según grado de dependencia) y diferentes según el momento del día. A juzgar por el porcentaje de tiempo aportado por cuidadoras/es familiares no remunerados con los que se convive, la presencia de las mismas es menor en el caso de las personas con dependencia leve (en el entorno del 50% a lo largo del día). Participan en menor medida en

¹²⁷ Un 21,1% del total de las/os cuidadoras/es son remuneradas en domicilio y sólo un 1,3% son centros de cuidados (Ver Tabla 4 en Anexos).

horarios laborales y de apertura oficinas públicas, observándose una menor presencia en el horario de 8 a 12 y aumentando a partir de las 19.

Gráfico 19. Momento del día en que cuidan familiares con los que cohabita de manera no remunerada según grado de dependencia de las PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

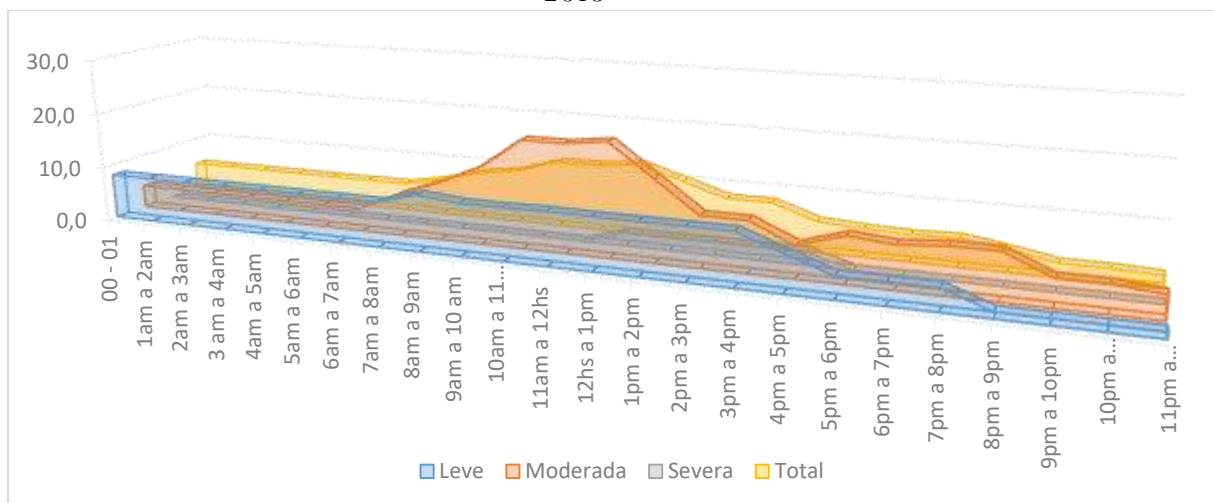


Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

La proporción del tiempo dedicado por familiares con los que se convive al cuidado de PM70 en situación de dependencia moderada es más alta (rondando el 55% en el correr del día) en relación con las personas con dependencia leve. Cuando están al cuidado de las PM70dep, se retiran en pequeña proporción entre las 8 y las 18, momento a partir del cual se observa la mayor proporción de tiempo brindado por familiares con los que se cohabita de manera no remunerada. Cuando el cuidado está dirigido a PM70 en situación de dependencia severa, para las cuales la principal estrategia de cuidados está basada en el cuidado familiar exclusivo como se mostró anteriormente, la presencia de los familiares con los que se cohabita se ubica de manera relativamente constante durante todo el día en el entorno de 80% del tiempo, con un pico de mayor involucramiento en la mañana (de 9 a 10.30, aproximadamente) e incrementándose el tiempo de cuidados entre las 17 y 21. La cantidad de tiempo que cuidan y la constancia durante el día con la que lo hacen pone de manifiesto la asunción de un trabajo intenso de cuidados. El mismo dificulta la participación en otros espacios, como el trabajo remunerado (sólo 32% de los familiares cuidadores de dependientes severos a su vez trabajan en el mercado laboral¹²⁸). Los familiares que provienen desde otros hogares a cuidar, en general aportan menor tiempo en relación con los que efectivamente conviven con las PM70dep, pareciendo establecer un complemento a los horarios de salida de quienes cohabitan con las PM70dep, particularmente en el caso de las estrategias de cuidados de las personas en situación de dependencia moderada.

¹²⁸ Ver Tabla 8 en Anexos.

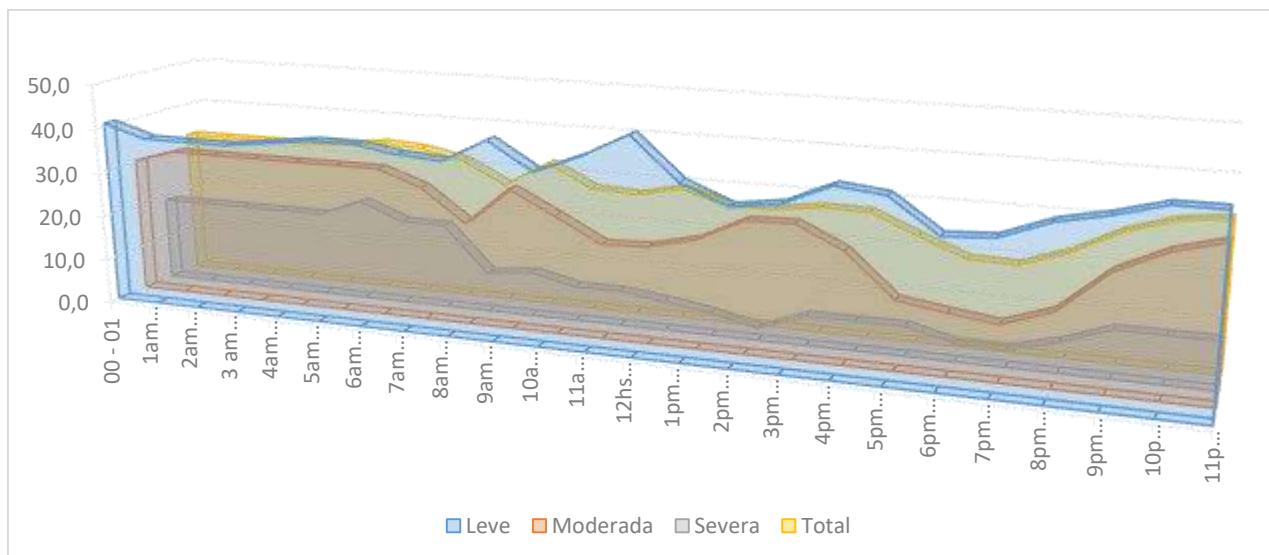
Gráfico 20. Momento del día en que cuidan no familiares con los que no cohabita de manera remunerada según grado de dependencia de las PM0dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Algo similar, pero en menor medida, sucede con las personas en situación de dependencia leve. Su participación está en contra horario del cuidado de familiares que cohabitan, apareciendo como un posible sistema de relevos particularmente en los hogares con presencia de PM70dep en situación de dependencia moderada. Finalmente, para el caso de las personas con dependencia severa, la proporción de tiempo de cuidados provisto por familiares con los que no se convive es muy baja a lo largo del día, siendo las personas familiares con las que se convive quienes están expuestas, “conminadas” (Glenn, 2010) a cuidar, echando mano por momentos de la contratación de servicios del mercado. Finalmente, observamos brevemente el tiempo que las personas mayores con dependencia están solas. Como puede resultar intuitivo, las personas con niveles de dependencia leves pasan más tiempo solas (cerca de un 40% del tiempo durante todo el día, 9 horas diarias de un día típico), que las personas con dependencia moderada (cerca de un 29% del tiempo en el día, 6 horas diarias promedio) quienes en la noche están más tiempo solas. Las personas con dependencia severa son aquellas que están menos tiempo solas (cerca de 13% durante el día, 2,7 horas diarias en promedio). En el caso de los cuidados recibidos por las PM70dep con dependencia severa es en donde se registra mayor participación de familiares que conviven en el cuidado, participando de manera muy intensa y relativamente constante a lo largo del día (como se podía visualizar en el primer gráfico de esta serie).

Gráfico 21. Momento del día en que están solas, según grado de dependencia de las PM0dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Hasta aquí es posible destacar los siguientes puntos:

- Las mujeres son las principales cuidadoras y cuidadas dentro de las estrategias de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y el Área Metropolitana.
- Los cuidados en las vejez se presentan como un mundo habitado principalmente por mujeres y particularmente de mujeres viejas, ya que tanto quienes reciben como quienes los brindan tienen frecuentemente 50 años o más.
- Las mujeres participan de manera “menos selectiva” que los varones en los cuidados de las PM70dep, ya que mientras que ellos se involucran cuando son hijos o parejas de quienes presentan necesidades de cuidados, ellas se involucran como hijas, parejas, hermanas, tías, nueras, cuñadas, otras parientes, amigas, vecinas y como cuidadoras en el mercado laboral.
- Mientras que en las estrategias de cuidado infantil el desempleo es una problemática, producto del momento del curso de vida y la tensión con el involucramiento con el mercado laboral, en las estrategias de cuidados de las vejez las mujeres y varones cuidadores en buena medida trabajan o son jubiladas o pensionistas, siendo un problema la sobrecarga de trabajo para ellas/os.
- El diamante de bienestar es un modelo teórico que no coincide con las prácticas concretas que las personas desarrollan a fin de cuidar de las PM70dep: en la amplia mayoría de los casos, más que un diamante se observa un óvalo de gigante predominancia de cuidado familiar exclusivo.
- Las estrategias de cuidados de las PM70dep presentan combinaciones diferenciales de la participación de distintos sectores proveedores de bienestar social según los niveles socioeconómicos y según los grados de dependencia: las menos nutridas son las de sectores socioeconómicos bajos y las de personas en situación de dependencia severa.
- Las familias proveen la mayor cantidad del tiempo de cuidados cuando no reciben apoyos por parte del Estado y no cuentan con una gran capacidad adquisitiva para comprar servicios en el mercado, siendo que en los hogares de NSE medios, las

familias son las mayores proveedoras de cuidados, así como también lo son en los hogares con PM70 en situación de dependencia severa, en donde, si bien hay una mayor participación del sector estatal, la desconfianza en otros actores (comunitarios y mercantiles principalmente), reduce el cuidado a la “seguridad” de la familia, algo que veremos se expresa de manera clara en las motivaciones para no tercerizar cuidados.

- Los ritmos y niveles de participación en términos de la proporción de tiempo dedicado a los cuidados varían según los niveles de dependencia: los hogares con PM70 con dependencia severa implican mayores cargas de tiempo de los familiares con los que conviven, siendo menor en el caso de las PM70 con dependencia moderada y particularmente menores, cuando la dependencia es leve.

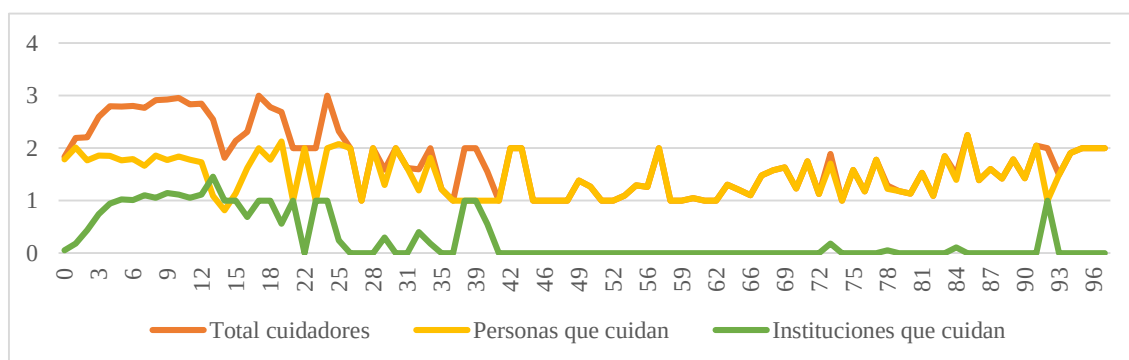
- La llegada de familiares u otros cuidadores con los que no se convive parece estar complementando los picos de tiempo en donde los cuidadores que residen de manera permanente no pueden participar o participan menos. A su vez, coinciden con los horarios de “vida pública”: apertura de servicios y oficinas y horarios laborales.

- Las personas en situación de dependencia pasan tiempo solas, esto no es un problema, sino un derecho del que pueden gozar en mayor proporción las personas de 70 años y más en situación de dependencia cuando la misma es leve, disminuyendo cuando se trata de dependencia moderada y cayendo a valores más próximos a 0 cuando la misma es severa.

Por último, antes de dar paso al análisis del uso del tiempo en las estrategias de cuidados de las PM70dep, buscando comprender cómo es la participación en términos del tiempo, pero muy particularmente cómo es la división sexual del trabajo presente en las estrategias de cuidados que nos ocupan, es importante reparar en el déficit de cuidados de las PM70dep en relación con otras poblaciones. Como se ha mostrado, la participación del Estado es extremadamente baja en el caso de las PM70dep, a diferencia de los/as niños/as, para quienes al menos se cuenta en promedio con cuatro horas diarias de cuidados a partir de los 2 años (Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019). A su vez, niñas y niños reciben cuidados por parte de más personas de la familia y de la comunidad en relación con las PM70dep, lo cual se vincula con la sobrerrepresentación de hogares unipersonales en esta población y un extendido sentimiento de soledad (Berriel, 2007; BPS, 2015). El menor promedio de cuidadores disponibles para las PM70dep en relación, por ejemplo, al cuidado de niñas/os permite reconocer un déficit de cuidados en estas poblaciones frecuentemente invisibilizado a partir de la justificación de una “resolución indirecta” de los mismos a través de las jubilaciones y pensiones que producen que las PM70dep vivan en hogares con mayores ingresos que los hogares con niños/as. Si bien esto último es cierto, y de hecho hay una mayor compra de servicios remunerados en domicilio (la opción más cercana y posible para la mayoría de la población) (Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019; Perrotta, 2020; PNUD, 2014), lo que no es cierto es que el cuidado provisto por el mercado sea un satisfactor suficiente para las necesidades de cuidados, y mucho menos una garantía del derecho al cuidado. El gráfico a continuación muestra la cantidad de personas,

instituciones y servicios¹²⁹. En promedio se detecta 2,7 cuidador por cada niña/o de 0 a 12 años, cifra que desciende a 1,5¹³⁰ en el caso de cada PM70dep. En el caso del cuidado brindado por personas, por cada niño se detecta un promedio de 1,8 personas cuidadoras y en el caso de las instituciones poco menos de una (0,9) por cada niño. Nuevamente, para las PM70dep, solo 1,5 personas cuidadoras por cada persona que requiere cuidados y solo 0,02 presencia de instituciones por cada PM70dep, ascendiendo apenas a 0,026 si se incluyen la cantidad de centros de larga estadía por cada persona que los integra en Montevideo y Área Metropolitana. Esto expresa que el desarrollo institucional- público de los cuidados para personas mayores no cuenta con el despliegue del observado para niñas/os, lo cual se vincula con un temprano desarrollo del Sistema Educativo en Uruguay y una expansión universal del mismo a partir de los 4 años, mientras que las incipientes y crecientes necesidades de cuidados de las personas mayores no encuentran eco de un desarrollo estatal que efectivamente dé cuenta del reconocido derecho a los mismos.

Gráfico 22. Promedio de cuidadores totales, personas o instituciones que cuidan por cada persona cuidada, según edades. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Mientras las estimaciones demográficas clásicas de la tasa de dependencia establecían para 2020 que por cada persona de 20 a 64 años habría 2,5 de 65 y más (Batthyány, 2009), la disponibilidad para involucrarse en los cuidados está muy por debajo de la razón de personas de 20 a 64. En este marco, si bien las personas pueden tener más o menos disponibilidad para cuidar y más o menos voluntad de ser cuidadas, la discusión sobre la organización social de los cuidados una vez garantizado el derecho por parte del Estado se centra en reconocer en qué medida el acceso a los mismos no depende de las condiciones materiales y vinculares de cada persona, sino más bien de la igualdad de condiciones en el acceso a las oportunidades para recibir cuidados

129 Ver Gráfico 8, en donde se destaca que del total del tiempo de cuidados de PM70dep el 98% es brindado por personas y 2,2% por instituciones, mientras que en el caso de niños/as de 4 a 12 es de 23,3% y de 0 a 12 18,9% debido a la extendida participación de los mismos en el sistema educativo.

130 Es preciso recordar que el 3% de la población que vive en ELEPEM no está incluida en la muestra.

(Tronto, 2020; Batthyány, 2020; Aguirre, 2009; Fraser, 2000). La disponibilidad para cuidar de las PM70dep se halla en una relación de 1 a 1, siendo mayor para el caso de niñas/os, en donde los arreglos de convivencia son más populosos y los significados del cuidado, más optimistas, ya que mientras que unos conectan con la muerte, la enfermedad, la decrepitud y el fin de la vida, otros aportan a nuevas vidas y a la sociedad del “futuro” (Caycedo Bustos, 2007), lo que no es posible obviar, como señaló Durán (2014) es que la calidad de muerte es sin duda un componente central de la calidad de vida.

El tiempo de cuidados: un trabajo de mujeres, desigualmente distribuido

El tiempo de cuidados padece un “déficit crónico de reconocimiento” (Molinier, 2013) ya que suele naturalizarse como un deber ser en relación con parentesco que está fuertemente moralizado. Esto impide identificar que el trabajo de cuidados no es una tarea innata, requiere de formación y de la estimulación de capacidades específicas, así como es necesario garantizar que el mismo suceda en condiciones adecuadas tanto afectiva y cognitiva, como materialmente para brindar un cuidado seguro. Si bien el promedio de personas que cuidan por cada niña/o es mayor al que cuida de cada PM70dep, en ambos casos son las mujeres, principalmente las de las familias, quienes realizan el trabajo no remunerado ni reconocido, poniendo a disposición su tiempo (que restringe la realización de otras actividades, como estar ocupadas en el mercado de empleo), su conocimiento, su salud física y mental (García Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto Navarro, 2004; Sedesol, 2010; Aguirre, 2009; Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Scavino, 2018).

Es posible reconocer que uno de los ejes centrales para promover el derecho al cuidado es la búsqueda de la equidad e igualdad de oportunidades para cuidar y de acceso a cuidados de calidad. El derecho al cuidado hace parte central del análisis del bienestar cuando se coloca al cuidado social en el centro del mismo (Daly y Lewis, 2011). Por tanto, es de interés explorar la división sexual del trabajo considerando las diferencias entre las mujeres y varones según sus niveles socioeconómicos, así como según las demandas de cuidados a las que están respondiendo. Según los datos de la ENEC en 2019, la amplia mayoría del tiempo de cuidados provisto por las familias recae sobre las mujeres, tal y como se encontró en estudios antecedentes (Hirata y Kergoat, 1997; Araújo Guimaraes e Hirata, 2020; Batthyány 2015), ya que de 20 horas diarias en promedio que reciben las PM70dep en sus hogares, ellas aportan 15 mientras que los varones 5 en un día típico. Siendo el 75,6% de las personas que cuidan de PM70dep, las mujeres participan desde distintas posiciones sociales en los cuidados: como familiares que conviven con las personas a las que cuidan (52,1%), como cuidadoras remuneradas tanto dentro del Estado como

del mercado (27,3%), como familiares que cuidan pero no conviven (17,2%)¹³¹ y también como no familiares que viven en los hogares 2,8%. Como ya se mencionó, los varones no hacen lo mismo: tienden a derivar el cuidado hacia instituciones, o hacia las mujeres de la amplia red, permaneciendo como cuidadores cuando son hijos o parejas de las personas que cuidan. En el cuidado de niñas/os, un grupo particular de varones está tendiendo a involucrarse aportando más tiempo (particularmente quienes tienen niveles educativos más altos, e hijos después de los 40 años), pero siguen manteniéndose al margen del cuidado en términos generales (Batthyány y Scavino, 2019; Perrotta, 2020). Cuidar de otros es un trabajo que analíticamente presenta propiedades conceptuales muy distintas al trabajo doméstico, pero en la práctica se trata de actividades difícilmente disociadas. Algunos estudios muestran la tendencia en la reducción de la brecha de tiempo en el trabajo doméstico a causa de una menor dedicación por parte de las mujeres, lo cual evidencia que, si bien las tareas asociadas al género son estructurantes de las relaciones sociales, también tienen la capacidad de transformarse (West y Zimmerman, 1987) en Moreno, Ajenjo y Borrás, 2018). Sin embargo, esta reducción de brecha en el trabajo doméstico no se observó para Uruguay entre 2007 y 2013 (Batthyány y Scavino, 2017). La dificultad para conocer el papel de los varones en los cuidados se ha vinculado en parte a su ausencia del cuidado directo, y en las vejez en particular ha sido difícil de captar en Uruguay y en la región a través de los Estudios de Uso del Tiempo, como ya se mencionó (Batthyány, 2015; D'Argemir, 2016; Aguirre y Ferrari, 2010; Aguirre y Scavino, 2016; Aguirre y Scavino, 2018). Las ausencias de indicadores estandarizados en la región impiden su identificación y comparación, siendo una necesidad establecer consensos en la medición regional de cuidados particularmente en las vejez. No obstante, en algunos países se informan diferencias de medias en el tiempo que varones y mujeres dedican al cuidado de personas mayores. Por ejemplo, en la EUT llevada adelante en México 2019, se consideró (además de los niños/as) al cuidado de las personas de 60 años o más, en donde las mujeres cuidan 17 horas semanales de manera directa y realizan simultáneamente otras actividades, mientras que los varones lo hacen unas 14 horas a la semana. Estos datos no son mutuamente excluyentes en relación con los de la categoría “integrantes con enfermedad crónica, temporal o discapacidad”, para los que las mujeres aportan 28,4 horas semanales, mientras que los varones aportan 16,3 (INMUJERES México, 2019). En Argentina, los datos de la última EUT no brindan resultados concluyentes sobre el cuidado de “ancianos” (personas mayores) y de las desigualdades en la brecha de género en su cuidado (Tombetta, Micha y Pereyra, 2019). En Uruguay, los datos de la última medición (2021) señalan que para el cuidado de las PM de 65 años y más, un 9% de los varones cuida de dicha población unas 18 horas semanales promedio, mientras que un 10% de mujeres cuida 15 horas semanales promedio. Los mismos se obtienen teniendo en cuenta el trabajo no remunerado que realizan las personas con las que se cohabita, y considerando sólo a las personas entrevistadas y no al total de actores

131 Las mujeres cuidadoras de las familias reciben en un 6% algún tipo de pago por el cuidado, mientras que esto sucede con el 3% de las mujeres cuidadoras que conviven con las PM70dep.

que participan en cada estrategia de cuidados, además de considerar la categoría edad para determinar la presencia de necesidades de cuidado y no la dependencia (INMUJERES, 2022). Por estos motivos, es razonable encontrar que el promedio de horas brindadas por las personas cuidadoras de PM70dep sea de 20 en un día, no en una semana, lo cual indica un sobrecargado costo de cuidados en esta población medido a través de la ENEC (2019). En esta última encuesta, las mujeres brindan el 69,6% del trabajo no remunerado de cuidados ante un 30,4% aportado por varones para el cuidado de las PM70dep y el 99,5% del tiempo de trabajo remunerado de cuidados. Un 61,4% de los hogares con PM70dep recibe cuidados no remunerados aportados *exclusivamente* por mujeres, sólo en un 25,1% de los hogares se encuentra que el 100% del TNR de cuidados dirigido a las personas mayores es aportado por varones. Esto deja un escaso 13,5% de hogares con personas mayores en situación de dependencia donde hay aporte de varones y mujeres para los cuidados (aunque en gradientes muy distintos).

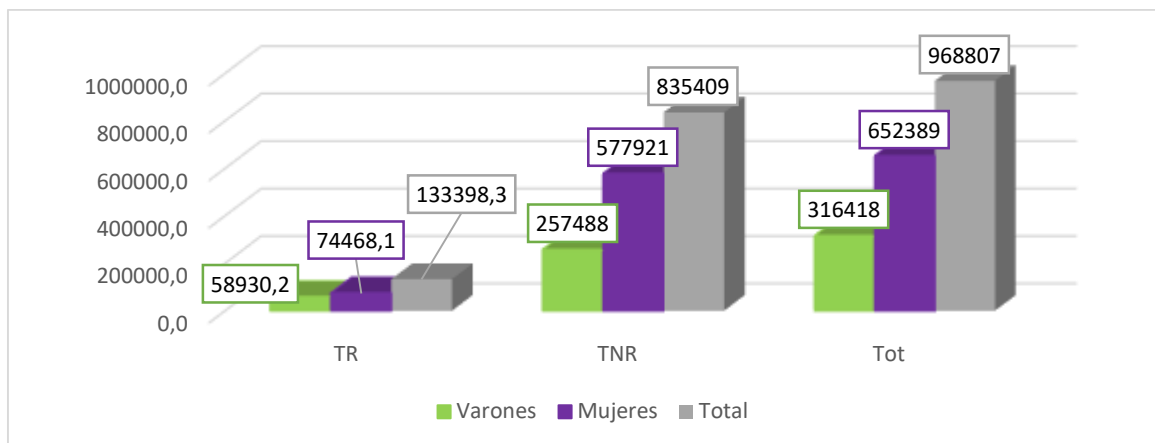
Tabla 13. Porcentaje de tiempo de cuidados a PM70dep según sexo. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Mujeres	Varones
% Total (TNR + TR)	74,9	25,1
% TNR Cuidados	69,6	30,4
% TR Cuidados	99,5	0,5
% que aportó el 100% de cuidados no remunerados en el hogar	61,4	25,1
% de cuidados no remunerados aportado por varones y mujeres (en distintos grados de participación)	13,5	13,5

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: los primeros tres indicadores refieren a las personas en situación de dependencia como unidad de análisis. En cambio, los últimos tres fueron calculados según los hogares, tomando el tiempo total recibido por todas las PM70dep, que en su amplia mayoría se trata de solo uno por hogar.

Los paradigmas equitativos promovidos por el reconocimiento del derecho a los cuidados distan de constatar en la realidad de las personas que responden materialmente a las necesidades de cuidados en la vida cotidiana y, de hecho, se encuentra una particular sobrecarga de trabajo en las mujeres cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia, cuando atendemos al cálculo de la carga global de trabajo, realizado específicamente para las personas cuidadoras que conviven con las PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana. Las mujeres que conviven con las PM70dep y las cuidan aportan un 67%, mientras que los varones aportan un 33%, estando las hijas de las PM70dep particularmente sobrecargadas de trabajo. Esta proporción de tiempo, considerando a todas las mujeres de la sociedad uruguaya, según la EUT 2013 y 2021 disminuye a 54,5%, mientras que los varones aportan el 45,5% restante (INMUJERES, 2022; Batthyány, 2015).

Gráfico 23. Sumatoria de las horas diarias dedicadas al TR y TNR por parte de varones y mujeres cuidadores de personas en situación de dependencia de 70 años y más. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de cuidadores de PM70dep.

Del total de TNR, las mujeres aportan el 69% (577.921 horas anuales) y los varones 31% (257.488). Del total del tiempo que dedican al trabajo en el mercado de empleo, las mujeres cuidadoras de PM70dep aportan 55%, mientras que los varones que conviven y cuidan de PM70dep proveen el 45% restante. Como fuese analizado en la presentación, de quiénes están implicadas/os en las estrategias de cuidados de PM70dep, se observa un sostenimiento en el mercado laboral por parte de las y los cuidadores que conviven con las personas mayores en hogares. En dichos hogares, el sostenimiento en el mercado laboral para la obtención de ingresos es fundamental, particularmente en relación con los costos asociados al cuidado analizados brevemente en el punto que sigue.

El cuidado de las PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana muestra una carga de trabajo total 14% superior a la de las mujeres uruguayas, que se estima es producto de una mayor presencia en el mercado laboral asociada a las edades de las cuidadoras y de la intensidad en casos de dependencia severa (Balbo, 1978; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Scavino, 2018). Los arreglos de convivencia con hijas/os más frecuentes evidencian una ausencia del Estado en los cuidados, así como la ineficiencia de los montos de jubilaciones y pensiones (considerando particularmente que la aparición temprana de la dependencia condicionaría los ingresos recibidos en las vejeces a la baja). Si bien Uruguay representa uno de los países con mayores niveles de cobertura en jubilaciones y pensiones, la suficiencia de los montos, particularmente en los hogares con personas en situación de dependencia, es problemática. Esto en el marco de un sistema de organización de las cajas jubilatorias con fuertes inequidades en los montos, logrados por acuerdos de carácter “corporativo”, tal como es el caso de la caja bancaria o de la caja militar, en donde son ampliamente superiores al total de la población (Dufrechou, 2021; BID, 2022; Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017). La suficiencia de los montos de ingresos en las vejeces es para la mayoría de la población escasa, lo cual se agrava en función de los niveles educativos y del género, ya que las mujeres reciben cerca de un 30% menos de ingresos en las vejeces en relación con los varones (PNUD, 2014; Aguirre y Scavino, 2018 y 2022).

Como fuese mencionado en la introducción, la cantidad de horas provistas por varones y mujeres para el total de las PM70dep de cada hogar asciende a 20 horas diarias. En la amplia mayoría, habita una sola PM70dep y en donde hay más de una PM70dep las cargas de cuidados son diferentes¹³². Las mujeres aportan 15 horas de cuidados totales mientras que los varones aportan 5. Cuando se toma como referencia a cada PM70dep como unidad de análisis, las mujeres aportan 14 horas diarias en promedio, mientras que los varones aportan 5 horas sobre el total de las recibidas por cada una de ellas¹³³. Al igual que en lo relativo a la participación de distintos sectores según niveles socioeconómicos y el máximo grado de dependencia de las PM70dep en los hogares, los tiempos varían si se considera al hogar o a las PM70dep como unidades de análisis.

Tabla 14. Promedio de horas de cuidados totales, remuneradas y no remuneradas recibidas por hogar y por cada PM70dep según sexo de la persona que las brinda, grado de dependencia y nivel socioeconómico. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Leve	Moderada	Severa	Bajo	Medio	Alto	Total
Personas en situación de dependencia	Horas Mujeres Total	10	15	18	16	14	11	14
	Horas Varones Total	5	4	7	7	4	5	5
	Suma - Total	15	20	25	24	18	16	18
	Horas TNR Mujeres	8	12	15	14	11	7	11
	Horas TNR varones	5	4	7	7	4	5	5
	Suma - TNR	12	17	21	21	15	13	16
	Horas TR Mujeres	2	3	3	2	3	4	3
	Horas TR varones	0	0	0	0	0	0	0
Recibidas por los hogares con PM70dep	Horas Mujeres Total	11	16	20	18	15	12	15
	Horas Varones Total	5	4	8	8	5	6	5
	Suma - Total	16	21	28	26	20	17	20
	Horas TNR Mujeres	8	13	16	16	12	8	12
	Horas TNR varones	5	4	8	8	5	5	5
	Suma - TNR	13	17	24	23	17	13	17
	Horas TR Mujeres	3	3	3	2	3	4	3
	Horas TR varones	0	0	0	0	0	0	0

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: para el caso de la unidad de análisis persona se consideró en

¹³² Ver Tabla 2 en Anexos. En los hogares en donde habita una PM70dep, 69,2% del tiempo de TNR es generado por mujeres, aumentando a 73,4% cuando hay dos personas en situación de dependencia y cuando se considera el tiempo total (remunerado y no remunerado), las mujeres producen el 74,6% del tiempo en los hogares con una sola PM70dep y en los que residen dos, el 78% del tiempo total de cuidados para ellas generado. Mientras que en los hogares con una sola PM70dep, el promedio de tiempos de cuidado brindado es de 19 horas en un día típico (16,5 no remuneradas, 2,5 remuneradas), en los hogares con dos personas o más es de 26 horas (20 no remuneradas, 6 remuneradas). Del total del tiempo aportado en los hogares con una sola PM70dep, las mujeres aportan 13,5 horas y los varones, 5,5. En los hogares con presencia de dos PM70dep o más, las mujeres aportan 21 horas remuneradas y no remuneradas de cuidados y los varones 5 horas en promedio.

¹³³ Si se observa sobre el total de varones y mujeres cuidadoras cuál fue el promedio de horas de cuidados brindadas de manera no remunerada y por personas con las que se cohabita, se encuentra que tanto varones como mujeres aportan 18 horas en promedio, indicando que cuando los varones se involucran en el cuidado lo hacen con promedios similares a los de las mujeres (dejando por fuera a las personas que participan del cuidado que pertenecen a otros hogares y a las cuidadoras/es que reciben remuneración a cambio).

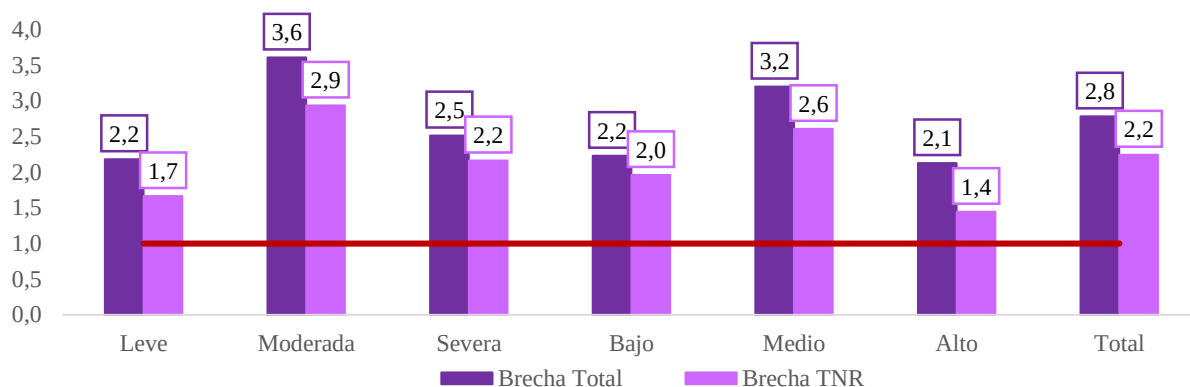
NSE de sus hogares y el grado de dependencia de cada una de ellas. En el caso de los hogares se consideró el máximo grado de dependencia encontrado en el hogar y el NSE del mismo. Se excluyen los cuatro centros de cuidados en el análisis

En los hogares con menores niveles económicos, la cantidad de trabajo de cuidado generado para las PM70dep en su seno asciende a 26 horas diarias, registrándose que 18 horas son provistas por mujeres (2 son remuneradas) y 8 por varones, siendo los hogares con mayor carga de TNR y de cuidados en general. En los sectores económicos medios, tensionados a partir de su sostenimiento en el mercado laboral y por la ausencia de ingresos holgados para costear los servicios de calidad que ofrece el mercado, se producen 20 horas diarias en promedio para cuidar de las PM70dep que residen en su seno. Las mujeres producen 15 horas de cuidados mientras que los varones aportan 5. Finalmente, en los hogares con mayores recursos económicos la disposición de tiempo de cuidados generado para cada PM70dep es de 17 horas diarias, siendo los que registran la menor brecha de género, ya que las mujeres producen 12 horas diarias de cuidados, mientras que los varones aportan 6. A su vez, en los hogares de NSE altos es en donde las mujeres realizan la menor cantidad de trabajo no remunerado (8 horas diarias) y en donde se contrata más tiempo de cuidados provisto por otras mujeres de manera no remunerada (4 horas diarias). En los hogares de NSE altos, la esperanza de vida es mayor y la incidencia de la dependencia menor, ya que a la vez se cuenta con mayores recursos para la tercerización de los cuidados en centros de larga duración que no son integrados en la muestra, tal como fue planteado anteriormente (Nuñez, 2013; Cabella Soto y Prieto, 2016; BID, 2022; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Scavino, 2018). Como se puede observar en la tabla anterior, hay pequeñas diferencias cuando se considera como unidad de análisis a las PM70dep en vez de a los hogares, no obstante, las distribuciones horarias siguen las mismas tendencias. Los datos permitieron observar las diferentes producciones de tiempo de trabajo de cuidados según el máximo grado de dependencia presente en el hogar: en los hogares en donde las PM70dep tienen dependencia leve, caracterizada como aquella en la que las personas requieren de apoyos de otros de manera esporádica y sin sustituibilidad total de funciones, el total de horas de cuidados generadas es 16 horas diarias, siendo un 19% trabajo remunerado. En el caso de los hogares en donde hay presencia de personas con dependencia moderada y severa, las horas diarias de cuidados ascienden a 21 horas, siendo un 14% del tiempo provisto, trabajo no remunerado y 28 respectivamente (11% trabajo remunerado, donde si bien la participación del Estado es alta, la participación de las familias es muy superior). La dependencia moderada se expresa como la necesidad de ayuda de una tercera persona para salir del hogar, realizar tareas domésticas básicas, y también como las necesidades de personas que no pueden auto cuidarse, moverse, orientarse o cuyo funcionamiento mental está afectado. En los casos de dependencia severa, se observa que las personas necesitan apoyos y sustitución casi total para realizar actividades de la vida diaria, como el aseo personal, la movilidad dentro del hogar, la higiene personal entre otras, mencionadas anteriormente (SNIC, 2018). La mayor inversión de tiempo de cuidados en el caso de las situaciones de dependencia severa y moderada coincide con estudios antecedentes (Rogerio

García, 2010; Romero Balsas, 2012). En los hogares con PM70dep con dependencia leve, las mujeres aportan 11 horas de cuidados en un día típico, siendo 8 no remunerados y 3 remunerados. En cuanto a los hogares en donde hay presencia de al menos una PM70 con dependencia moderada el tiempo aportado por mujeres aumenta a 16 horas diarias promedio (13 no remuneradas y 3 remuneradas) y los varones generan 4 no remuneradas. Finalmente, en los hogares con al menos una PM70 con dependencia severa en el hogar, las mujeres aportan 20 horas totales de cuidados en un día típico (16 no remuneradas y 4 remuneradas) mientras que los varones aportan 8 horas de trabajo no remunerado. De esta manera, es posible identificar que, a mayor nivel de dependencia, mayor es la carga de cuidados, mientras que, a mayor nivel socioeconómico, menor carga de cuidados. Sin embargo, esta linealidad no está presente a la hora de analizar las brechas de género en el TNR de cuidados para PM0dep.

Las brechas encontradas para varones y mujeres en cuanto al tiempo de cuidados coinciden con los estudios más generales sobre uso del tiempo y específicos sobre cuidados no remunerados en salud, en donde las mujeres realizan dos tercios del trabajo de cuidados en relación con los varones (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014; Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019; Domínguez, Batthyány y Scavino, 2021; Scavino, 2018; Romero Balsas, 2012; Rogero García, 2010). Sin embargo, mientras que para el caso del cuidado de niñas/os la brecha de género en el uso del tiempo se expresa linealmente –a mayor NSE menor brecha entre varones y mujeres altos (Batthyány et al., 2021; Batthyány, 2015; Aguirre, 2009; Trombetta, Micha y Pereyra, 2019; Esquivel y Faur, 2012; Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019; Faur y Pereyra, 2018)–, en el caso de las estrategias de cuidados de las PM70dep se encuentra que las mayores brechas de género están presentes en el cuidado provisto por hogares de NSE medios, seguido de los bajos y finalmente los altos. Nos detendremos brevemente en el análisis de las brechas de género, calculadas como la diferencia en las horas aportadas por las mujeres para el cuidado de cada PM70dep, por cada hora que aportan los varones, según remuneración o no del trabajo y grados de dependencia de las personas, así como el nivel económico de sus hogares.

Gráfico 24. Brecha en el tiempo de TR y TNR aportado por mujeres para cada PM70dep, por cada hora aportada por varones según niveles de dependencia y niveles económicos de los hogares. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC.

Como evidencia el gráfico anterior, en los hogares de NSE bajos, por cada hora aportada por los varones de trabajo remunerado o no remunerado (brecha total), las mujeres aportan 2,2 horas y por cada hora de TNR brindada por los varones, las mujeres aportan el doble de tiempo (2 horas). En los niveles socioeconómicos medios (en donde la participación de las familias es mayoritaria dentro de las estrategias de cuidados), se observan las mayores brechas de género en el tiempo de cuidados, en donde por cada hora brindada por los varones, las mujeres aportan 3,2 horas de trabajo total y en el caso del trabajo no remunerado (sea que convivan o no) las mujeres aportan 2,6 horas por cada hora aportada por varones. En los niveles económicos altos, se encuentran las menores brechas de tiempo entre varones y mujeres, particularmente en el caso del trabajo no remunerado. Por cada hora dedicada por los varones, las mujeres aportan 2,1 horas totales, pero en el caso del TNR, las mismas cuidan 0,4 horas más en promedio en relación con sus pares varones. Aquí las situaciones de desigualdad se hacen evidentes ya que, como mostró la tabla anterior, los sectores más bajos son los que más tiempo de cuidados dedican (aunque la brecha de género no sea la mayor) seguidos de los sectores medios, en donde las mujeres están más exigidas y se evidencia la mayor desigualdad de género en el uso del tiempo en los cuidados para las PM70dep. En los sectores altos la desigualdad de género y la carga de cuidados es menor, ya sea por menor incidencia de la dependencia, ya sea por mayor capacidad de externalización de los cuidados en centros de larga estadía y contratación domiciliaria.

La menor brecha de género registrada en los hogares de NSE altos puede obedecer a una mercantilización más fuerte de dichas estrategias de cuidados. El tiempo de trabajo remunerado recibido por las PM70dep en hogares de niveles socioeconómicos altos es de 4 horas en un día típico. Si bien los cuidados son una fuente de empleo para las mujeres, su mercantilización en condiciones precarias reproduce y es parte de “círculos viciosos del cuidado” en donde las desigualdades de clase y género interactúan contribuyendo al sostenimiento y aumento de desigualdades sociales (Tronto, 2020; Viveros, 2016; De Miguel, 2015; Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Fraser, 2015, 2000). La mayor brecha en el uso del tiempo dedicado al cuidado de las personas mayores está presente en los hogares de NSE medios, para los cuales hay menores políticas públicas a las que pueden acceder (debido a su focalización, más adelante

problematizada). A su vez, los sectores económicos medios suelen depender de su permanencia en el mercado laboral, teniendo que resolver cómo cuidar y trabajar en el mercado, lo cual afecta a buena parte de la población cuidadora (50,3% que trabajan, como ya se mostró). Las PM70dep tienen mayor propensión a ser parte de hogares de niveles económicos medios y altos (Aguirre y Scavino, 2018; PNUD, 2014), lo que implica un particular desafío para las políticas públicas, que, como se evaluará más adelante, suelen focalizar acciones basadas en la vulneración socioeconómica de las personas y que, en el caso de las que tienen en su seno PM70dep, se encuentra una mayor participación en el mercado laboral por parte de sus miembros.

Respecto a las brechas de género según los niveles de dependencia de las PM70dep en los hogares, se encontró que los hogares con PM70dep con dependencia moderada son quienes tienen mayores desigualdades (también se cumple cuando la unidad de análisis son las personas). La menor brecha de género se encuentra cuando el trabajo de cuidados es menos demandante (lo vimos en las menores cargas de los hogares de NSE altos y se reitera para el caso de los hogares con personas en situación de dependencia leve). Cuando las situaciones de dependencia requieren de tareas esporádicas, menos sostenidas en el tiempo, las mujeres dedican 2,2 horas de cuidados por cada hora que brindan los varones en total, siendo menor la diferencia de cuidados no remunerados, en donde por cada hora en la que se involucran los varones, las mujeres dedican 1,7. Cuando la dependencia aumenta (caso de las personas con dependencia moderada), las mujeres dedican 3,6 horas por cada hora que aportan los varones, siendo esta la brecha de género más importante y colocando un foco de atención relevante para el análisis de las políticas públicas y las garantías del derecho al cuidado (que también suponen las garantías de los derechos relativos a las mujeres cuidadoras). Aquí es importante detenernos en que en el trabajo no remunerado la brecha continúa siendo amplia, ya que, por cada hora aportada por varones para el cuidado de las PM70 con dependencia moderada, las mujeres aportan 2,9.

Recordando que las principales cuidadoras son mujeres de las familias, es importante notar que del total del tiempo de cuidados, un 52,1% es provisto por hijas/os¹³⁴ (de las cuales un 65,5% son mujeres). Un 20,4% del tiempo es provisto por parejas o cónyuges y un 16,3% por nietas/os y nueras/yernos. Cuando este tiempo de cuidados es valorizado para ser comparado con el PIB nacional, se puede conocer que las hijas aportan el trabajo equivalente a un 1,1% del PIB en el escenario de cuidados constantes y 0,8% en el escenario considerando descansos¹³⁵, siendo estos escenarios de mínimas, puesto que el valor de referencia es el precio promedio que el mercado fija para estos trabajos (debate profundizado en Salvador, 2009 y 2015, así como Durán 2003). De manera coincidente con los antecedentes ya mencionados, la magnitud de tiempo que las familias de niveles socioeconómicos altos aportan al cuidado de las PM70dep es de 13 horas en promedio, seguido del aporte de 15 horas de los hogares de niveles

134 Ver Tabla 16 en Anexos.

135 Ver Tabla 6 en Anexos.

socioeconómicos medios, mientras que las de los hogares de niveles socioeconómicos bajos aportan 21 horas diarias promedio para el cuidado y de 12 horas diarias en hogares con PM70dep con dependencia leve, 17 moderada y 22 severa¹³⁶. Sin embargo, la presencia de estrategias exclusivamente basadas en el cuidado familiar es mayor en el caso de los hogares con PM70 con dependencia moderada (77,1%), seguidos de los hogares con PM70 con dependencia severa (65,3%) y leve (66,6%), lo cual coincide con antecedentes (Roger García, 2010; Rodríguez Cabrero, 2011, Romero Balsas, 2012).

Estas brechas en el uso del tiempo se desarrollan en el marco de una cultura familista de las estrategias de cuidados que, al igual que se evidenció al principio en base a la participación de los sectores proveedores de bienestar social, está marcada por un mayor aporte del trabajo de cuidados medido en tiempo diario por parte de las familias. Las personas que tienen una relación de parentesco con las PM70dep son las que aportan el 80% del tiempo recibido en un día típico. El mercado aporta un 16,7% del tiempo total de cuidados recibido por las PM70dep, el Estado o la comunidad sólo aportan el 3,3%. Estos porcentajes disminuyen cuando se tiene en cuenta el 28,3% del tiempo, en el que, en promedio, las PM70dep¹³⁷ no están recibiendo cuidados. En este escenario, la familia pasa a aportar un 60,4% del tiempo total, el mercado 8,8% y la comunidad y el Estado un 2,6%. A su vez, cuando se comparan los tiempos de cuidados brindados por el Estado como principal cuidador en las estrategias de cuidados de niñas/os de 0 a 12 años y de PM70dep, se observa una ausencia similar a la registrada en términos de participación, ya que en el caso de los primeros alcanza el 12,5% del tiempo total, mientras que en el de las estrategias dirigidas a los segundos, se reduce a 2,9% del tiempo total en el caso de las PM70dep.

Tabla 15. Participación y tiempos de cuidados dedicado por cada sector en un día típico de cuidados de PM70dep, Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Familia	Mercado	Comunidad	Estado	Tiempo solos
Porcentaje del tiempo total de cuidados recibido por cada PM70dep	% total del tiempo de cuidados recibido por las PM70dep (sin tiempo solos)	80,1	16,7	2,1	1,1	
	% total del tiempo de cuidados recibido por las PM70dep (con tiempo solos)	60,4	8,8	1,8	0,8	28,3
Porcentaje del tiempo de cuidados brindado por cada sector sobre el total del tiempo aportado en un día típico solo por el o la principal cuidadora.	% de tiempo cuidador principal PM70dep	72,8	23,3	1	2,9	
	% de tiempo cuidador principal niñas y niños de 0 a 12 años	78,5	8,8	0,2	12,5	

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de PM70dep.

*En el caso de los PM70dep en familia, hubo 142 cuidadores y 25 que cuidaron en simultáneo, en el mercado se detectaron 31 cuidadores y 3 en simultáneo, en la comunidad 8 cuidadores y 1 simultáneo y cuidadoras del Estado 10.

La proporción de tiempo que aporta la familia sobre el total de tiempo de cuidados adquiere su máximo valor en las personas con dependencia severa (90,6%), seguida de las

¹³⁶ Ver Gráfico 16 en Anexos.

¹³⁷ En promedio, las PM70dep están 6,9 horas al día solas/os. Ver Gráfico 7 en Anexos (tiempo aportado por cada sector y tiempo solos, cuidados totales y sin cuidados simultáneos).

personas con dependencia leve (78,9% y moderada 77,1%). En el caso del porcentaje de tiempo provisto por el mercado, el mismo disminuye a 7,8% en las estrategias de personas con dependencia severa, aumentando a 16,8% en las que tienen dependencia leve y siendo el 20,1% en las estrategias de personas en situación de dependencia severa¹³⁸.

Finalmente, las personas mayores con dependencia (en su mayoría leve) que viven solas, reciben menor participación de la familia y están en promedio un 61,5%¹³⁹ del tiempo solas. Cuando cuidan familiares, un 90,2% son otras mujeres que acuden al cuidado de las PM70dep que viven solas. Mientras que el tiempo remunerado de cuidados permanece feminizado y es alto en los hogares unipersonales (4 horas diarias promedio) en relación con los hogares donde las familias cuentan con la presencia de más personas en su seno. En los hogares con dos personas¹⁴⁰ el tiempo de TNR recibido asciende a 17 horas, 10 aportadas por mujeres y 7 por varones. En estos hogares se da un escenario más paritario, en donde el tiempo aportado por las mujeres representa un 56,8% y el de los varones, un 43,2%. En el caso de los hogares con tres personas¹⁴¹, el cuidado provisto por las mujeres representa el 77,2% del tiempo total de cuidados y el de los varones, el 22,8%. En dichos hogares, se proveen 23 horas de cuidados promedio, 17 por mujeres y 6 por varones, y en hogares con cuatro personas o más (donde hay una leve mayor participación del Estado) del tiempo total de cuidados no remunerados generado para el cuidado de las PM70dep, es aportado en un 75,6% por mujeres y en un 24,4% por varones. En estos hogares con mayor cantidad de personas se producen 24 horas de cuidado no remunerado, siendo 17 aportadas por mujeres y 6 por varones¹⁴². Así, es posible constatar una particular situación de los hogares unipersonales en cuanto al nivel de familiarismo, y un mayor tiempo de cuidados aportado, ante una mayor presencia de personas en los hogares. El cuidado familiar se distribuye de manera diferente en función de los arreglos de convivencia y las redes de cuidados (Rogerio, García 2010; Colacce et al. 2021; Montes de Oca y Guillén, 2014). Es notorio que en los hogares unipersonales hay una menor participación tanto del cuidado familiar en relación con hogares con dos o más personas (47,4% y 75,4%), así como los de tres personas (74,6%). En el caso de los hogares con cuatro o más personas, se observa una menor participación de la familia (66,8%), ante una mayor proporción de estrategias que integran comunidad o Estado (33,2%)¹⁴³. La participación del Estado y comunidad en estos hogares es levemente mayor y puede vincularse con la impronta de focalización en el desarrollo real de políticas públicas de cuidados, siendo que

138 Ver Tabla 17 en Anexos.

139 El tiempo solos es en promedio el 27,8% del total en los hogares con dos personas y de 15,5% en los hogares con tres personas, valor que disminuye a 10,1% en los hogares con cuatro personas o más.

140 En los hogares con dos personas un 35,9% son parejas solas, un 14,2% hijos/as que viven con sus madres, un 2,5% hijos/as que viven con sus padres, y un 46,7% son personas mayores que viven con otros familiares como nietos/as, hermanos u otros familiares o no familiares.

141 Un 16,4% se trata de padres y madres mayores que viven con sus hijas/os, en unas 2,2 mujeres mayores y 1,6% varones mayores que viven con dos hijos o más, siendo la mayoría (79,8%) hogares compuestos o extensos en donde hay convivencia de otros familiares o con personas no familiares.

142 Ver tabla 18 en Anexos.

143 Ver tabla 19 en Anexos.

los hogares más populosos suelen coincidir con la presencia de menores niveles de ingresos (Arriagada, 2006; PNUD, 2014; Batthyány, 2015; Aguirre y Scavino, 2018)

Hasta aquí es posible destacar los siguientes puntos:

- Las mujeres aportan el 75% del tiempo de cuidados de PM70dep, un 99,5% del cuidado cuando el mismo es remunerado y un 70% del tiempo cuando es no remunerado.
- Las cargas de trabajo de cuidados de los hogares con PM70dep se incrementan conforme lo hace la dependencia siendo menor a 24 horas cuando la misma es leve y moderada y mayor a 28 horas cuando es severa, lo que indica que regularmente es necesario el cuidado provisto simultáneamente por dos personas cuando se trata de necesidades constantes y que requieren de un especial involucramiento tanto físico como mental por parte de las cuidadoras.
- Las cargas de trabajo de los hogares con PM70dep son más altas cuando los hogares son más pobres, y disminuyen conforme aumentan los niveles socioeconómicos, lo cual se vincula con los determinantes sociales de la salud y con un menor acceso a mecanismos de redistribución del tiempo de cuidados.
- Si bien las cargas de cuidado aumentan conforme lo hace la dependencia y aumentan mientras disminuyen los niveles socioeconómicos de los hogares, las brechas de género más importantes se encuentran en los sectores económicos medios y en los hogares con personas con dependencia moderada
- Los varones de niveles económicos medios son los que menos se involucran en el cuidado directo en relación con las mujeres. Cuando la dependencia no implica mayores demandas y cuando contrariamente, la severidad es tal que no cuidar sería un acto de negligencia, los varones se involucran más.

Deudas económicas con las mujeres cuidadoras: valorización y costos del cuidado

El trabajo de cuidados de PM70dep se desarrolla principalmente en el marco de las familias, lo cual implica una ausencia de profesionalización y una fuerte “informalidad” en su provisión. Si el tiempo de cuidados fuese remunerado al costo que el mercado paga por su realización, ¿cuál sería el valor económico del trabajo no remunerado? ¿A cuánto asciende la deuda económica y social con las mujeres y personas cuidadoras, estimada en base a los bajos parámetros de valor que paga el mercado?

Como último punto relativo a la materialidad de las estrategias de cuidados de las PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana, se realizó un ejercicio de valorización económica del trabajo no remunerado de cuidados. La misma permite esto: poner en valor una parte del trabajo que continúa siendo sistemáticamente invisibilizada y desconocida en múltiples esferas, como la política, la cultural, económica y social, lo que también se expresa en la interpretación del trabajo remunerado como el único trabajo en las estadísticas oficiales. Se asume que se trata de una valorización que es de “mínimas” en tanto se está imputando el valor

hora promedio que las cuidadoras domiciliarias reciben, el cual es otorgado por el mercado en el marco de una economía que reserva los lugares peor pagos para las mujeres (Hirata y Kergoat, 1997; Kergoat, 2003; Folbre, 2008, 2021; entre otras). En la sociología y la economía feminista, se ha demostrado empíricamente que el mercado laboral no es viable sin la existencia de la economía de los hogares (Carrasco, 2011; Federici, 2018; Ironmonger en Salvador, 2015; Himmelweit, 2011; entre otras). Si el trabajo producido entre hogares y personas no se consideran como una dimensión relevante de la economía, un importante sesgo estará presente a la hora de diseñar, gestionar y evaluar las políticas de bienestar, reducción de la pobreza, redistribución económica y, particularmente, de cuidados. En este marco, las herramientas de medición del tiempo dedicado al trabajo de cuidados y doméstico han permitido visibilizar una parte oculta de la economía, lo cual permitió avanzar en la comparación del mismo con la producción económica reconocida mediante el intercambio monetario o en especies, contra indicadores como el Producto Bruto Interno. Los ejercicios de valorización del TNR de cuidados son crecientes, pero no están exentos de discusión, de una discusión amplia que incluye desde el sentido mismo de su medición, hasta distintas propuestas sobre cuáles son las mejores formas de hacerlo. En el primer caso se encuentran autoras que enfatizan que el cuidado, al ser una tarea fuertemente emocional y relativa a los contextos en donde se desarrollan distintas formas de relacionamiento humano, no es abarcable en la definición de tiempo cronológico (una noción objetiva y lineal del mismo integrada en las Encuestas de Uso del Tiempo), por ende, los ejercicios de valorización monetaria del mismo carecen de sentido (Legarreta, 2011; Ungerson y Yeandle, 2005; Segato, 2015). Otras autoras han hecho énfasis en que, si bien es pasible de ser medido, al valorizar económicamente al trabajo de cuidados se imprime forzosamente una lógica de capitalización y mercantilización que no le es propia, reproduciendo desde los distintos ejercicios académicos el mercadocentrismo en los cuidados (Tronto, 2013; Segato, 2015). Por otra parte, Himmelweit (2011), Folbre (2020), entre varias economistas feministas, han defendido y practicado su medición, ya que cumple con el objetivo de poner de manifiesto en términos económicos el valor del trabajo doméstico y de cuidados. Como síntesis, en el presente trabajo se considera que la valorización del tiempo de trabajo de cuidados porta la capacidad de tornar visible el aporte económico, pero que lo hace de una manera “subestimada” ya que, además de no poder captar algunas dimensiones del cuidado y del tiempo subjetivo, le asigna un precio en base al que el mercado determina “libremente” en el juego oferta y demanda. Las relaciones de género se expresan en el desigual posicionamiento dentro del mercado laboral, principalmente gestado por varones con lógicas que frecuentemente excluyen a las mujeres que permanecen por fuera de los mismos debido a responsabilizarse por el trabajo doméstico. Federici (2018), en su manifiesto sobre la necesidad de remunerar el trabajo doméstico y de cuidados, plantea que el salario fue un instrumento patriarcal de la economía servil a la reproducción de las desigualdades de género. Propone que el trabajo no asalariado doméstico y de cuidados está invisibilizado, y forma parte de uno de los factores de pauperización de la vida de las mujeres, algo que se extiende

hasta la actualidad. Esto se expresa en lógicas de privilegio reflejadas en las jerarquías ocupacionales, así como en los ingresos. Tener esto en cuenta es particularmente relevante para el caso latinoamericano, en donde los Estados no han avanzado sustantivamente en generar empleo de calidad para las mujeres, quienes están sobrerrepresentadas en el trabajo de cuidadoras y doméstico (OIT, 2018). Hacerlo implicaría avanzar en al menos tres ejes: (1) el aumento de sus capacidades mediante la generación de ofertas de formación específicas, (2) garantías laborales y salarios acordes a las mismas y (3) seguridad laboral mediante el trabajo en equipo y, muy particularmente, la consideración de formas de monitoreo del trabajo cuando el mismo se realiza en el ámbito privado (viéndose expuestas las cuidadoras a mayores posibilidades de vivir situaciones de acoso, violencia o maltrato en el ámbito laboral, entre otras formas de precarizar estos trabajos).

Por tanto, si bien se considera relevante dar cuenta del valor del trabajo, se reconoce que valorizar al trabajo de cuidados no remunerado a partir de la imputación de un valor promedio otorgado por el mercado espeja la sub-valoración que los trabajos feminizados tienen en la economía capitalista y con importantes sistemas de vulneración de las oportunidades de las mujeres en su marco.

En el presente capítulo se avanza en su valorización como una forma de visibilizar la producción que se realiza de manera informal y que aún no es adecuadamente integrada en los Sistemas de Cuentas Nacionales, y por tanto tenida en cuenta en la macroeconomía y las políticas económicas de los países. Esto, recordando que las estadísticas oficiales solo reconocen aún el empleo y no el trabajo, a pesar de que la OIT lo haya hecho desde la década del noventa, lo cual se acompañó con procesos de estandarización de su medición a partir del acuerdo de codificadores del trabajo doméstico y de cuidados tanto en Europa (ICATUS) como en América Latina (CAUTAL). La ENEC (2019) no listó actividades, sino que realizó un registro del tiempo total que las personas están siendo cuidadas por otras personas o instituciones en un día típico de cuidados. Las Encuestas de Uso del Tiempo permitieron la valorización del TNR. Como ejemplo, mientras que en Uruguay los ejercicios de valorización del trabajo no remunerado de cuidados situaron la magnitud del mismo en 23,8 puntos del PIB (INMUJERES, 2022), a la hora de definir el presupuesto para el desarrollo del SNIC, se comenzó por menos del 0.3% del PIB. Para llegar a dicho valor del TNR sobre el PIB, Salvador (2015) plantea que en base a EUROSTAT (2003) existen dos métodos de estimación del precio del trabajo no remunerado: uno parte del costo de los insumos para el trabajo final (*output*), y otro del valor del producto final (*input*) siendo ambos válidos en los Sistemas de Cuentas Nacionales, pero el primero poco usado debido a la escasez de información sobre las unidades necesarias para la realización del TNR. A partir del desarrollo de las EUT donde se cuenta con información sobre las horas de trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario, el método input ha sido el más utilizado, pudiéndose realizar dos ejercicios: considerar el costo de reemplazo (¿Cuánto se

tendría que pagar por estos servicios si se comprasen en el mercado?) y costo de oportunidad (¿Cuánto valor de mercado está perdiendo una persona cuando cuida en vez de realizar su trabajo remunerado conforme a sus niveles educativos, posición socio ocupacional, etc.?). La primera ha sido la más recomendada por la EUROSTAT, aplicada por el INEGI de México y por Salvador (2015) para el caso uruguayo (Salvador, 2015, pp. 219-221).

Como antecedente directo al ejercicio de valorizar el TNR de cuidados en poblaciones con fuerte presencia de personas mayores y dependencia, se ha realizado en el marco del GISG una valorización de los cuidados no remunerados en salud, tanto de personas con enfermedades crónicas como agudas, a partir de los datos de la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud (2013), realizada por el Grupo de Investigación de Sociología de Género. En la misma, se identificó que el valor del TNR de cuidados en salud equivalía a un 1,8% del total del PIB nacional para 2013, lo cual implicó que para cubrir las necesidades de cura que se extienden desde los centros sanitarios hacia los hogares, el sector –salud– debía producir 32% más de lo que producía en dicho año (Batthyány y Scavino, 2018 y Scavino, 2018).

En el presente ejercicio, se considera el valor hora promedio de las cuidadoras en domicilio sea para personas mayores o convalecientes por enfermedad, en base al código de ocupación 5322 de la CIUO 08, de la Encuesta Continua de Hogares de 2019. Dicho código incluye los siguientes tipos de trabajos: trabajadores de cuidados personales en domicilio, camillero de ambulancia (domicilio), auxiliar de enfermería (domicilio), acompañante de personas convalecientes (domicilio) y cuidador de enfermos a domicilio. Se estimó el valor hora promedio (pesos constantes) en 153,4 pesos uruguayos¹⁴⁴. Si se considera el valor promedio del dólar en 2019, situado en 37,54, el mismo corresponde a 4,08 dólares por hora. Por otra parte, sería oportuno poder contrastar el método de costo de reemplazo con el de costo de oportunidad, pero en la ENEC no se cuenta con información sobre el salario por hora de las personas cuidadoras que trabajan, ni del tipo de ocupación, sumado al hecho de cerca de la mitad de las personas cuidadoras no trabaja de manera remunerada. Respecto al valor hora promedio, el mismo corresponde al salario declarado por las personas que suele referirse al neto (datos disponibles para la ECH, 2019), no obstante, tanto las Naciones Unidas (2000) como Durán (2006) acuerdan que lo mejor es considerar el salario bruto como forma de integrar los aportes a la seguridad social, el INEGI toma ambos indicadores, según Salvador (2015, pp. 219-221). Mediante la ENEC se conocen la cantidad de horas dedicadas al trabajo de cuidados total brindada por cada actor que cuida. Para realizar los cálculos anuales se definieron dos escenarios: uno que supone que el día típico de cuidados se repite los 365 días del año 2019 (un escenario anual “exigente”), y otro que supone días de descanso para las cuidadoras, en donde se multiplica por el total de los días del año, excluyendo fines de semana (104 días) y feriados (10) en 2019, lo que resulta en 251

144 Ver Tabla 1 en Anexos.

días hábiles. La multiplicación por los días tiene consecuencias en el peso total del TNR de cuidados para PM70dep sobre el total del PIB para Uruguay en 2019¹⁴⁵, por tanto, se presentarán ambos resultados. En el primer escenario, se establece que el valor del TNR-PM70dep sólo para Montevideo y Área Metropolitana, se corresponde con el 2,2% del PIB de 2019 (más que el agregado del sector agua, electricidad y gas en 2019, 2%¹⁴⁶), y en un escenario de descanso de dos días semanales y feriados, a 1,5%. En ambos casos, las estimaciones son mayores a las generadas en base a la EUT 2013, que a nivel nacional estimaba que el trabajo de cuidados no remunerado para PM65dep correspondía a 0.6 puntos del PIB, lo cual es coherente teniendo en cuenta las distintas metodologías aplicadas en ambas encuestas.

Tabla 16. Valorización del trabajo no remunerado de cuidados para PM70dep sobre el total del PIB nacional, 2019

	Escenario de cuidados constantes		Escenario de cuidados con dos días de descanso		Estimaciones EUT Cuidados personas mayores, 2013		Estimaciones EUT 2013 Total	
	En millones de dólares ¹⁴⁷	% del PIB	En millones de dólares	% del PIB	En millones de dólares	% del PIB	En millones de dólares	% del PIB
Varones	384	0,7	264	0,5	111	0,2	3661	6,6
Mujeres	861	1,5	592	1,0	229	0,4	9068	16,3
Total	1244	2,2	856	1,5	340	0,6	12729	22,9

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENEC, Banco Central del Uruguay y Salvador (2015, pp. 226 y 230).

En el primer escenario, 1.244 millones de dólares son generados para el cuidado de personas mayores, según el método de costo de reemplazo con imputación del valor de salarios netos. De los mismos, 861 millones fueron generados por mujeres (69,2%) ante 384 (30,8%) generados por varones. En el segundo escenario (con días de descanso), 856 millones de dólares anuales fueron generados para cuidar de PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana, 592 millones fueron producidos por mujeres y 264 millones por varones (idénticas proporciones por sexo en relación con escenario 1). Cuando se compara con la estimación de Salvador (2015, p. 230) en base a los datos de la Encuesta de Uso del Tiempo, de representatividad nacional para localidades mayores de 5 mil habitantes, el valor obtenido mediante los datos de la ENEC es mayor, debido a que la misma releva múltiples actores involucrados en los cuidados y capta de mejor manera a la población implicada en estas tareas. La valorización del tiempo según los grupos poblacionales que cuidan de manera no remunerada muestra las mismas características que las ya mencionadas en el análisis del uso del tiempo. A continuación, señalamos algunos de los principales datos en relación con escenario más exigente (que expande el escenario de un día

¹⁴⁵ El mismo toma como referencia el presentado por el Estado Uruguayo en miles de pesos corrientes por año: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/pib-miles-pesos-corrientes> La cifra asciende para 2019 a 2.158.728.681.500 pesos uruguayos.

¹⁴⁶ <https://observatorio.miem.gub.uy/oie/pbi> (Última consulta, 18 de agosto de 2022).

¹⁴⁷ El valor del dólar promedio anual en 2019 se situó en 37,54 pesos uruguayos : <https://www.elpais.com.uy/negocios/finanzas/dolar-aumento-punta-punta-ano-mayor-suba.html#:~:text=Tomando%20todos%20los%20valores%20del,negoci%C3%B3%20en%20promedio%20a%20%24%2038%2C012>.

típico a los 365 días del año). Como ya se mostró en el análisis del tiempo, son los familiares que cohabitan en el hogar quienes más TNR aportan, alcanzando los 1.119 millones de dólares anuales en Montevideo y Área Metropolitana en 2019 (1,9% del PIB Nacional). Los hijos e hijas aportan un 1,1%, las cuidadoras/es de 51 años o más, un 1,2% y las/os de 50 años o menos, un 1% del PIB. Quienes cuidan de PM70 con dependencia moderada aportan un 1% del PIB y en los hogares con NSE medios, un 1,4%. Si se sumase el costo de los aportes a la seguridad (Durán, 2003) esta cifra se engrosaría, así como debieran hacerlo las jubilaciones y pensiones evitando el sesgo de considerar al trabajo como un sinónimo de empleo (Batthyány, 2001; Aguirre y Scuro, 2010; Aguirre y Scavino, 2018; entre otros).

Tabla 17. Valorización del trabajo no remunerado de cuidados para PM70dep sobre el total del PIB nacional, según variables de corte. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Escenario de cuidados constantes		Escenario de cuidados con dos días de descanso	
		Millones de USD	% PIB	Millones de USD	% PIB
Tipo de cuidador	Familiar que vive en el hogar	1119	1,9	770	1,3
	Familiar que no vive en el hogar	108	0,2	75	0,1
	No familiar que vive en el hogar	5	0	4	0
	No familiar que no vive en el hogar	11	0	8	0
Relación de parentesco	Madre o padre	26	0	18	0
	Hija o hijo	648	1,1	445	0,8
	Yerno o nuera	96	0,2	66	0,1
	Hermana o hermano	9	0	6	0
	Otro familiar	84	0,1	58	0,1
	No familiar amigo vecino	11	0	8	0
	Cuñada	9	0	6	0
	Pareja de la persona dependiente	254	0,4	175	0,3
Edad de las personas cuidadoras	Nieta o nieto	107	0,2	74	0,1
	Hasta 30	118	0,2	81	0,1
	De 31 a 50	435	0,8	299	0,5
	De 51 a 70	435	0,8	299	0,5
	De 70 y más	257	0,4	177	0,3
NSE del hogar	Alto	180	0,3	124	0,2
	Medio	821	1,4	565	1
	Bajo	244	0,4	168	0,3
Nivel de dependencia de las PM70dep que lo reciben	Leve	408	0,7	7	0
	Moderada	549	1	280	0,5
	Severa	287	0,5	371	0,6

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENEC, Banco Central del Uruguay.

Las estrategias de cuidado en Montevideo y el Área metropolitana y su fuerte basamento en el trabajo no remunerado de las mujeres evidencian uno de los retos para el bienestar social más importante en las sociedades actuales, ya que la injusta repartición de este trabajo impide una participación equitativa de las personas en el ámbito público (trabajo, política, cultura) así como la garantía del derecho a los cuidados basados en la calidad, el conocimiento y la profesionalización. Por tal motivo, la participación de las mujeres en los cuidados durante toda su vida, y su mayor necesidad de cuidados en las vejez las coloca en una situación de desventaja

en cuanto a la autonomía económica producto de la ausencia del reconocimiento de su trabajo por parte de la seguridad social y por la ausencia de un reparto más equitativo del mismo con los varones. No existe, más allá del reconocido año por hijo nacido vivo (de 2009), en el sistema uruguayo ninguna medida para compensar el trabajo dirigido para el cuidado de personas mayores en las leyes que regulan la seguridad social y el acceso a jubilaciones y pensiones (Aguirre y Scavino, 2016 y 2018), lo cual empeora las brechas de género en el acceso a los ingresos y la autonomía económica de las mujeres durante todo el curso de vida.

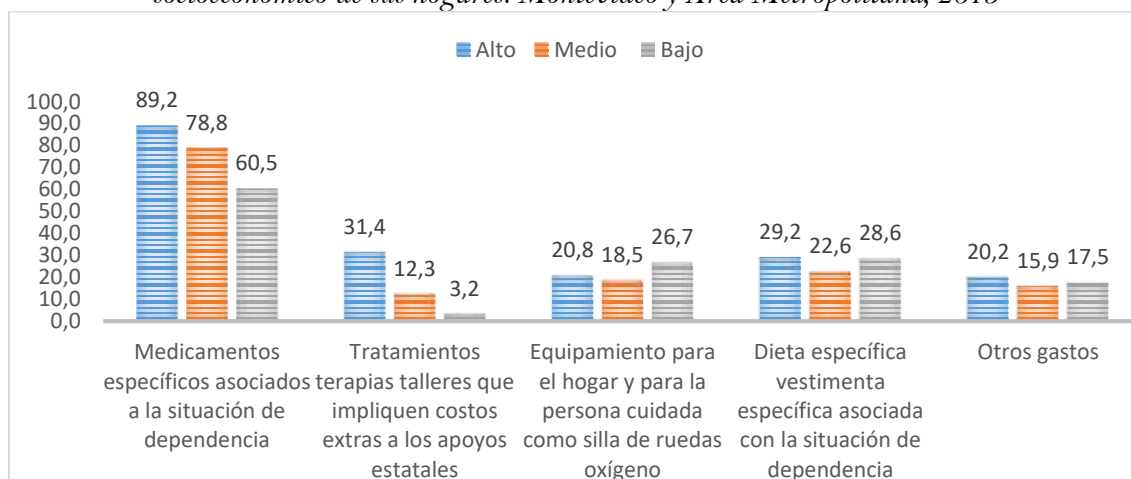
Además, parte de la pauperización de los hogares que cuidan también sucede por el aumento de los costos que los mismos experimentan ante la aparición de necesidades vinculadas con el cuidado. En los hogares con PM70dep, un 78% deben afrontar gastos específicos en medicamentos, en un 24,6% en dieta y vestimenta específica para el cuidado, en un 20,1% en equipamiento para el hogar como sillas de rueda o tanques de oxígeno, en un 16,9% se realizaron otros gastos asociados con la dependencia y en un 14,5% en terapias específicas, talleres o actividades de estímulo al desarrollo de las personas mayores¹⁴⁸. Si consideramos el total del gasto en cuidados según los grados de conformidad con la forma de resolver la estrategia de cuidados, se encuentra una baja pero estadísticamente significativa relación que indica que, a mayor nivel de gasto, menor conformidad con la forma en la que se resuelve el cuidado de las PM70dep¹⁴⁹. Esto implica también que los hogares de NSE altos que gastaron en promedio 12 mil pesos mensuales en medicamentos, terapias, equipamientos y alimentación específica para el cuidado de PM70dep tienen menores niveles de conformidad en relación con los sectores medios y bajos que en promedio, gastaron entre 5.900 y 5.570 pesos uruguayos mensuales. Los mayores niveles de satisfacción con la forma de resolver los cuidados se encontraron entre quienes menos recursos económicos tienen para brindarlo y quienes más trabajo no remunerado invierten para llevarlo adelante. Contrariamente, los hogares de NSE altos son en donde se aporta menos tiempo de cuidado en general, y no remunerado en particular, y donde se halla una mayor inversión respecto a los ingresos promedio imputados. En ellos, la diversificación del gasto es mayor e invierten más en aspectos relativos a la prevención y tratamientos en comparación con hogares de otros NSE. El 89,2% de los hogares de NSE altos gastó en medicamentos, mientras que lo hizo el 78,8% de los de NSE medios y 60,5% de los hogares de NSE bajos. Los hogares de NSE gastaron proporcionalmente más en tratamientos, terapias o talleres (31,4%) en relación con los de sectores medios (12,3%) y bajos, en donde apenas un 3,2% declaró realizar gastos en estos rubros. Contrariamente, en los hogares con menores recursos se invirtió más en equipamiento para el hogar (26,7% NSE bajos, seguidos de 20,8% en hogares de NSE altos y 18,5% de los hogares de NSE medio). En lo relativo a la dieta específica, un 29,2% de los hogares en donde habitan PM70dep y con NSE altos declararon gastos en este rubro, siendo 28,6% de

148 Ver Tabla 15 en Anexos.

149 La correlación entre gasto en cuidados y satisfacción con la estrategia de cuidados: ¿Cuán conforme estás con la forma de resolver los cuidados de “nombre de la persona”? fue de -.147.

los bajos y 22,6% en los medios. Es importante notar cómo la prevención y los tratamientos son comprados de manera más frecuente por los hogares de NSE altos, brindando un servicio profesionalizado de cuidados con el que no cuentan los otros hogares por falta de posibilidades económicas para acceder a ellos.

Gráfico 25. Porcentaje de personas para las que se realizaron gastos, según los niveles socioeconómico de sus hogares. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

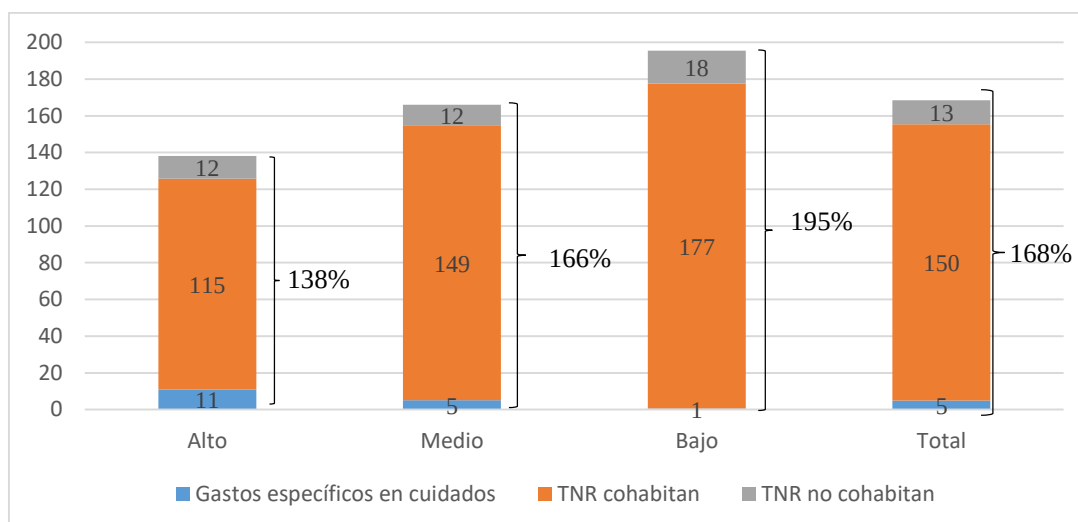


Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de PM70dep.

Finalmente, tomando como referencia los salarios mensuales imputados a partir de los valores promedio en los segmentos de la ECH, se ejercitó estimar el total del costo del cuidado, considerando el valor de las horas de TNR en cada hogar más el valor de los gastos para insumos. De esta manera, se busca realizar una estimación que se aproxime a conocer la inversión total que los hogares realizan para cuidar, en relación con los ingresos económicos con los que cuentan. Para ello, se consideró a los familiares que habitan en los hogares, pero también a los familiares que provienen de otros hogares, siendo parte del capital social y material con el que cuentan los primeros¹⁵⁰. En cuanto a la relación entre lo que los hogares invierten para cuidar (tiempo de TNR valorizado y gastos específicos en cuidados), se encuentra que en los hogares se gasta en promedio dos veces más de los ingresos que tienen para poder brindar cuidados (195% lo que ganan en promedio), disminuyendo en los sectores medios a 166% y altos a 138%. Esto, recordando que la valorización del TNR asume el precio otorgado por el mercado.

Gráfico 26. Relación entre inversión en cuidados e ingresos promedio, según nivel socioeconómico del hogar con PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

¹⁵⁰ Estos gastos mensuales fueron estimados sobre los ingresos promedios imputados a los hogares en función de sus características y referencias geográficas a partir de la ECH 2019. Se buscó imputar ingresos del hogar con valor locativo, de manera tal de poder realizar un ejercicio de estas características. Los ingresos imputados se corresponden con los niveles socioeconómicos preguntados directamente en la ENEC.



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: Porcentaje promedio sobre el total de ingresos del hogar con valor locativo (imputado) en gasto y valor monetario del TNR de cuidados generado, según nivel socioeconómico del hogar con PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana

Hasta aquí es posible destacar los siguientes puntos:

- La valorización económica del cuidado no remunerado no refleja el valor que dicho trabajo debería tener si fuese un tipo de trabajo basado en conocimientos específicos, reconocido y valorizado como tal por parte del “libre mercado”.
- Asumiendo como valor imputable el valor promedio que en el mercado se paga a cuidadoras de personas mayores o convalecientes como un precio razonable para su monetarización, solo en Montevideo y Área Metropolitana para las personas de 70 años o más en situación de dependencia, se produjeron 2,2 puntos del PIB, siendo 1,5 producido por mujeres y 0,2 por varones.
- Esta cifra es más elevada que la inversión realizada en el SNIC durante el período de desarrollo y es más elevada que la estimada en base a la EUT (2013) para el cuidado de personas mayores de 65 años en todo el territorio uruguayo.
- Las mujeres, particularmente las hijas, familiares que conviven con las PM70dep, que integran hogares económicos medios, son quienes más TNR de cuidados producen.
- Los hogares NSE altos declaran una mayor proporción de gastos específicos en cuidados, resaltando particularmente la contratación de terapias, en relación con los sectores medios y bajos, quienes invierten más en medicamentos y en reformas edilicias y alimentación.
- La deuda con las mujeres y personas cuidadoras por parte de la sociedad es amplia. Los hogares con PM70dep deberían ganar 1,7 veces más de sus ingresos promedio si quisieran tercerizar al costo del mercado el cuidado que realizan y los gastos específicos de cuidados.
- La desigualdad se evidencia en que los sectores altos, a pesar de ser quienes cuentan con mayores ingresos, son quienes deberían ganar menos para suplantar el trabajo de cuidados que hacen: 1,4 veces sus ingresos actuales, mientras que en los hogares de NSE medios necesitarían engrosarlos 1,6 veces y bajos casi 2 veces lo que ganan para tercerizar completamente los cuidados.

Cultura de cuidados: estrategias ideales, representaciones sobre políticas y motivaciones para cuidar

Las estrategias de cuidados son concebidas como el producto de la interacción entre la dimensión material y la dimensión cultural que produce sentidos y subjetividades en torno al cuidado y la generación del mismo. En el presente capítulo buscamos dar cuenta de los objetivos específicos 4, 5, 6 y 7, que se proponían analizar las representaciones de género y cuidados de PM70dep, indagar en las representaciones de políticas que el Estado debería desarrollar, indagar en las motivaciones y motivos por los cuales cuidan cada una de las personas e instituciones que participan del cuidado y los motivos por los cuales no se utilizarían otras formas de cuidados e indagar en las representaciones de políticas que el Estado debería desarrollar.

A su vez, se ha planteado que el proceso de instalación del SNIC en Uruguay a diferencia del caso chileno, por ejemplo, ha sido un proceso desde las “bases” hacia el Estado (por el particular papel del movimiento feminista en la creación de la Ley del SNIC en los últimos cuarenta años). La exploración de la dimensión material ha permitido evidenciar las fuertes distancias entre el reconocimiento del derecho al cuidado (y del proceso requerido para dicho logro), los recursos para cuidar y su carácter fuertemente asociado a la heterogeneidad estructural de clase y según las necesidades de cuidados de las PM70 conforme a sus niveles de dependencia.

El acceso al conocimiento de las estrategias ideales de cuidados, las representaciones sobre políticas públicas de cuidados y motivaciones para cuidar y no cuidar, permite dar cuenta de los ideales culturales del cuidado (Hochschild, 1995; Pfau-Effinger, 2005 y 2023) y de su homogeneidad o heterogeneidad conforme a algunas variables clave en torno a las desigualdades en su provisión. A su vez, profundizar en la dimensión cultural de las estrategias permite problematizar si en la población uruguaya hay rasgos feministas en las nociones acerca de cómo organizar el cuidado o no, a fin de cuestionar si el “feminismo de base” que impulsa el montaje de un SNIC en Uruguay planteado en recientes trabajos se trata de uno popular o más cercano a los ámbitos de toma de decisiones.

Conforme al marco teórico planteado, para indagar sobre los rasgos de género y feministas en la organización social del cuidado es preciso atender el carácter familista o desfamiliarizador de los ideales culturales, el carácter feminizado o no de las representaciones del cuidado y, asociado a ambos puntos, el carácter innato o cultural (y por ende profesional, técnico y organizado) del cuidado. Respecto a la idea de preferencias adaptativas, es de interés conocer si los imaginarios más familistas están presentes en los contextos con menor capacidad de acceso a otros servicios (Elster, 1988, 1989) o en qué medida los imaginarios efectivamente muestran una brecha entre las prácticas y los ideales del cuidado. En ambos casos es posible encontrar la conformación de “círculos viciosos del cuidado” (Tronto, 2020) que impiden llevar

al cuidado desde el ámbito privado hacia el ámbito público evaluando el papel de lo doméstico, las figuras centrales que deberían desarrollarlo, los motivos por los cuales debería ser así y también qué políticas debería desarrollar el Estado para cuidar.

El capítulo parte de explorar las estrategias de cuidados ideales en los hogares que cuidan PM70dep, para pasar a comprender cuáles son las representaciones de políticas públicas que el Estado debería desarrollar y, finalmente, conocer los motivos por los cuales no se utilizarían algunas formas de cuidados y las motivaciones para incluir a cada una de las personas e instituciones involucradas en los cuidados. Busca responder a los objetivos específicos 4, 5, 6 y 7 de la investigación: conocer cuáles son las estrategias ideales de cuidados para las personas de hogares de PM70dep, analizar representaciones de género y cuidados, indagar en los motivos y motivaciones tanto para cuidar como para no utilizar servicios de cuidados, aunque los mismos fuesen gratuitos y de carácter universal. Finalmente, se buscó conocer de manera breve qué esperan las personas que el Estado desarrolle como políticas públicas de cuidados.

Estrategias Ideales: en casa, con las mujeres (de la familia o remuneradas). Expectativas y prácticas.

La deseabilidad de la participación en los cuidados permite conocer cómo se transita y representa a nivel colectivo dicha actividad (Pfau-Effinger, 2005; Hochschild, 1995; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014). La simbolización de los cuidados y las expresiones acerca de quiénes deben involucrarse en ellos permiten reconocer si existe un juego de espejos entre la materialidad de las estrategias y los ideales del cuidado, así como la presencia de falacias de carácter más o menos explícito en los argumentos sobre por qué las personas deben involucrarse en los mismos. En primer lugar, para identificar qué actores están presentes en los imaginarios de las personas informantes de hogares con PM70dep en la ENEC, se consultó sobre qué personas o instituciones de cuidados recomendarían para cuidar de las PM70dep durante una jornada laboral. Un 71,4% de los hogares respondió solo una forma de cuidar: o bien el cuidado familiar (el más mencionado) o la remuneración de cuidadoras en domicilio o el cuidado mediante el uso de centros de día o larga estadía. El 42,2% de los hogares mencionó a los hijos e hijas (41,8%) como quienes idealmente deberían cuidar durante una jornada laboral de las PM70dep. La segunda figura más mencionada fueron las cuidadoras contratadas en domicilio (41,8%). En proporciones más bajas, fueron mencionados otros familiares (26,1%), centros de día (25,6%), la pareja mujer o varón (24,1% y 19,9% respectivamente) y los menos recurrentes fueron los centros de larga estadía (14%)¹⁵¹.

Considerando el porcentaje de hogares en donde se mencionó a la familia (independientemente de si se ha mencionado sola o junto a otras formas de cuidado), en el 55,8%

¹⁵¹ Ver tabla 20 en Anexos.

fueron mencionados como parte de la estrategia ideal para cuidar. El familismo en los imaginarios sigue siendo mayoritario en los hogares de NSE más bajos (77,1%), seguido de los medios (57,6%) y los altos, en donde la familia es mencionada en el 33,1% de los hogares. Esta mayor familiarización de los cuidados, inversamente proporcional a los niveles socioeconómicos, ya era constatada en los antecedentes, particularmente en la encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013 y 2013b), en donde se constata que a mayor nivel socioeconómico, mayor es la tendencia a desfamiliarizar los cuidados mediante el uso de servicios de cuidados como centros o cuidado domiciliario, mientras que a menor nivel socioeconómico, mayor es el familismo en los cuidados. No obstante, en el caso del cuidado de las PM70dep, los hogares de NSE bajos son los que más tiempo de TNR dedican al cuidado, es en los hogares de NSE medios en donde no se cuenta con políticas públicas de cuidados y en donde es más difícil abordar los altos costos de los cuidados, en donde la familia cuida de manera exclusiva en mayor proporción, aspecto que en el caso del cuidado infantil se presenta de manera lineal: a menor NSE de los hogares, mayor carga de trabajo de cuidados (Batthyány, 2015; Batthyány, Genta y Scavino, 2017 y 2019).

Los ideales de las estrategias de cuidados variaron según los niveles de dependencia de las personas mayores que necesitan cuidados. En aquellos hogares que cuidan personas con dependencia severa, el 61,4% mencionó a la familia como la estrategia ideal de cuidados ante la necesidad de trabajar 8 horas. Seguida de los hogares con dependencia leve (58,6%) y moderada (51,1%). El familismo en las estrategias según la presencia según distintos niveles de severidad coincide con las prácticas, ya que es en los hogares con presencia de PM70 con dependencia severa en donde efectivamente la familia cuida más de manera exclusiva.

Nuevamente, la cultura de la desfamiliarización, de la tendencia a tercerizar en manos de otras el cuidado, está más presente en los hogares de NSE altos, en donde se menciona en mayor medida el servicio de cuidados domiciliario (52,1%, ante un 43,9% de menciones en los hogares de NSE medios y apenas un 18,7% de los bajos) y los centros de día (31,8%, ante un 27,5% en hogares de NSE medios y 8,6% bajos) y larga estadía (21%, ante un 13% en hogares de NSE medios y un 9% en los bajos) para llevar a cabo el cuidado de las PM70dep durante una jornada laboral.

No sólo el familiarismo está más presente en los hogares de sectores bajos, sino la representación de que idealmente debe cuidar la familia sin el apoyo de otros actores, aunque veremos que en estos sectores es donde al mirar hacia el Estado y las políticas públicas, se menciona en mayor medida el desarrollo de centros por parte del mismo, así como la remuneración de cuidadoras en domicilio.

Si bien los porcentajes varían de manera importante según NSE de los hogares, los cuidados en domicilio son mencionados levemente más cuando en los hogares hay dependencia

severa, seguido de la moderada y en menor medida de la leve (49%, 47,6% y 31,9% respectivamente), lo cual se vincula con las prácticas más familistas y probablemente con la decisión de estos hogares de no tercerizar el cuidado, sea por miedo a causa de la vulnerabilidad que proviene de la dependencia, sea por falta de recursos económicos para contratar cuidados de calidad. Los centros de día son mencionados en similar proporción cuando la dependencia es leve, seguida de moderada y severa (26,6%, 25,4% y 24%), aunque respecto a los centros de larga estadía, mencionados en una pequeña proporción, la misma presentó diferencias breves entre los hogares con dependencia leve (17,7%), moderada (13,4%) y severa (7,2%). La menor proporción de menciones a centros en el caso de los hogares con PM70 con dependencia severa podrían resultar contra intuitivos, si se considera que a mayor severidad mayor necesidad de conocimiento específico sobre qué la desencadena (pudiendo tratarse de aspectos tan variados como la demencia, inmovilidad por caída, enfermedad cardíaca crónica, entre otras). En estos hogares, se requieren mayores insumos específicos para el cuidado y se ha constatado una mayor carga trabajo de cuidados, lo que puede obedecer a las características de la muestra (en donde no contamos con los hogares que ya decidieron externalizar el cuidado) y a la existencia de una generalizada norma social en los cuidados que propone que hay que evitar ir a un centro y que se nutre de la aversión a la incorporación de otros actores o de la desconfianza en los centros cuando la vulnerabilidad de las personas es muy alta.

Esto se vincula con que la mayoría de estrategias ideales mencionadas se sitúan en el domicilio, particularmente aquellas que proponen la participación de una persona de la familia y de cuidados remunerados en domicilio. El domicilio representa un ámbito controlado, cerrado, familiar, común, arquitectónicamente separado del ámbito público, que es comunitario, más abierto, no familiar y arquitectónicamente unido entre sí y separado de lo privado. La colocación del cuidado en el espacio social doméstico coincide con el familismo como la cultura predominante en los aspectos culturales sobre la organización social del cuidado, lo cual se relaciona con el sostenimiento de un statu quo respecto a las desigualdades de género en los cuidados y en el posicionamiento de las sociedades respecto a la ciudadanía de manera más general¹⁵².

¹⁵² Esto ha sido evidenciado por los últimos datos de la Encuestas de Uso del Tiempo y los indicadores de que, post-crisis por la emergencia socio-sanitaria provocada por el covid-19, las mujeres retrocedieron en razón de diez años el avance que habían tenido en el mercado laboral en América Latina y el Caribe (CPEAL, 2021). Sumado a esto, la brecha de las horas de trabajo no remunerado aumentó durante la pandemia en varios países (CEPAL, 2021). Buena parte de las mujeres se emplea en los servicios sociales como rama de actividad, sector que incluye el trabajo doméstico y de cuidados en amplia proporción. De esta manera, las estrategias de cuidado de las personas mayores y personas en situación de dependencia suelen estar basadas en el cuidado por parte de mujeres de bajos niveles educativos y a bajos niveles salariales. Esta situación de la informalidad del trabajo de cuidados y de su resolución a bajo costo es parte de las problemáticas de la actual organización del cuidado: primero porque perpetúa la feminización de dicho trabajo a bajo costo y segundo porque genera trabajos aislados (individuales), desprotegidos, con exposición a mayores riesgos laborales por trabajar en el espacio doméstico.

La problematización sobre el ámbito doméstico no es contraria a la autodeterminación de permanecer en la vivienda, sino un planteo acerca de cómo la ciudad y otros espacios colectivos se vinculan con la misma y con los riesgos, tanto para la calidad del cuidado en términos de los entornos edilicios como vinculares, que su aislamiento en el espacio doméstico puede suponer.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las estrategias de cuidados tanto ideales como materiales se sitúan en domicilio y con la familia o cuidadoras remuneradas, debido a las problemáticas que la falta de integración y aislamiento pueden suponer para las mujeres mayores por su exposición a violencia o mal cuidado, así como a cuidados de baja calidad. Pero también por la soledad, aspecto relevante en ciudades como Montevideo, en donde las tasas de hogares unipersonales de personas de 65 años y más son tan altas –cerca del 40%, y en su mayoría mujeres (Aguirre y Scavino, 2018)–. Es importante, porque la soledad en las personas mayores es un fenómeno creciente y de particular preocupación y demanda por parte de este colectivo en los espacios participativos en los que están presentes. La expresión de soledad como factor angustiante en esta población ha sido constatada (Berriel, 2007 y Berriel y Guidotti, 2021) y coincide con las mayores tasas de suicidio del país, para las personas de 80 y más (MSP, 2023). Así, es preciso pensar en formatos colectivos y no familiares del cuidado, no solo porque las familias no siempre son las más idóneas para cuidar, sino porque simplemente, muchas veces no existen. Esto es particularmente un desafío para las políticas públicas de cuidados, ya que dentro de las estrategias ideales de cuidados para PM70dep, la combinación de familia y mercado y el ideal de cuidados en “en casa y con las mujeres de la familia” aparece en el 67,9% de las respuestas acerca del cuidado ideal para PM70dep. Estas estrategias que hibridan familia y mercado en domicilio son la opción predilecta de los hogares de NSE bajos (84,3%), en menor medida por los medios (66,3%) y altos (60,6%). Así, el cuidado en domicilio aparece con mayor fuerza en los sectores económicos bajos y en los hogares con PM70dep con dependencia severa (76%), seguidos de aquellos con personas con dependencia leve (69,4%) y moderada (63,2%). Si recordamos que en los hogares con PM70dep con dependencia severa de esta muestra hay mayores resistencias al uso de centros como estrategia ideal, al indagar sobre los porcentajes que mencionan exclusivamente la desfamiliarización total mediante el uso de centros de larga estadía es coherente encontrar que en las estrategias ideales de los mismos no aparece (0%) la mención exclusiva como estrategia de cuidados para PM70dep, siendo más mencionados en los hogares integrados con personas con dependencia moderada (7,9%) , en donde las familias dedican más tiempo a cuidar y donde las políticas públicas dirigen menores esfuerzos, seguidos de aquellos con dependencia leve (4%). Es notorio el porcentaje en que general la desfamiliarización completa de los cuidados es bajo (5%), así como lo es el caso de las estrategias ideales que los mencionan conjuntamente con otras formas de cuidados (como el familiar o remunerado en domicilio), siendo mayor en los hogares de NSE altos (14,9%), seguido de los

medios (9%), y de los de NSE bajos (1,9%), en donde casi no se mencionan ambas opciones. Respecto a la dependencia los hogares con dependencia leve, mencionaron levemente más a los centros de larga estadía y otras opciones (13,7%), seguido de los hogares con PM70 con dependencia severa (7,2%) y moderada (5,7%).

Tabla 18. Estrategias ideales de cuidados ante la necesidad de resolver el cuidado durante una jornada laboral de 8 horas. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		NSE Bajo	NSE Medio	NSE Alto	Leve	Moderada	Severa	Total
Integró en la respuesta	Familia	77,1	57,6	33,1	58,6	51,1	61,4	55,8
	Cuidados remunerados en domicilio	18,7	43,9	52,1	31,9	47,6	49,0	41,8
	Cuidados en Centros de día	8,6	27,5	31,8	26,6	25,4	24,0	25,6
	Cuidados en Centros de larga estadía	9,0	13,0	21,0	17,7	13,4	7,2	14,0
Escenarios del cuidado	Domicilio (Cuidado remunerado en domicilio y familia)	84,3	66,3	60,6	69,4	63,2	76,0	67,9
	Centros de día o larga estadía	7,1	15,4	28,6	19,7	15,8	11,8	16,6
	Domicilio o centros	8,6	18,3	10,8	10,9	21,0	12,1	15,5
Familiarización	Familiarizados (familia, centros de día, o domiciliario)	91,0	87,0	78,4	82,3	86,4	92,8	86,0
	Desfamiliarizadora (centros larga estadía)	7,1	4,1	6,7	4,0	7,9	0,0	5,0
	Ambos	1,9	9,0	14,9	13,7	5,7	7,2	9,0
Tipos de Estrategias ideales de cuidados	Exclusivamente familia	67,6	36,1	17,8	42,6	31,8	39,2	37,3
	Exclusivamente cuidado remunerado en domicilio	13,8	15,9	26,5	16,5	18,3	17,8	17,5
	Exclusivamente centro de día	0,0	7,1	14,0	7,2	7,2	7,9	7,3
	Exclusivamente centro de larga estadía	7,1	4,1	6,7	4,0	7,9	0,0	5,0
	Exclusivamente centros	0,0	4,2	7,9	8,5	0,7	3,9	4,3
	Centro de día, larga estadía y cuidados domiciliarios	1,9	0,7	7,0	3,3	1,8	0,0	2,1
	Todas las opciones	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	3,3	0,6
	Familia y cuidado domiciliario remunerado	2,9	14,3	16,3	10,3	13,0	19,0	13,0
	Cuidadora domiciliaria o centro de día	0,0	10,8	3,9	1,8	13,1	8,9	8,0
	Familia o centro de larga estadía	0,0	0,9	0,0	0,0	1,3	0,0	0,6
	Familia o centro de día	6,6	2,7	0,0	4,0	2,9	0,0	2,8
	Familia y centro de día o larga estadía	0,0	1,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,7
	Cuidadora domiciliaria o centro de larga estadía	0,0	0,6	0,0	0,0	1,0	0,0	0,4
	Familia, cuidadora domiciliaria o centro de larga estadía	0,0	0,6	0,0	0,0	1,0	0,0	0,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

De manera coincidente con la teoría de las preferencias adaptativas (Elster, 1988), se observa que los hogares en donde las estrategias ideales para el cuidado de las PM70dep son

mayoritariamente familiaristas son aquellos en donde hay menores posibilidades de contratación de cuidados remunerados y mayores niveles de familiarización de las estrategias de cuidados. Caso contrario, los ideales más desfamiliarizadores del cuidado para PM70dep durante una jornada laboral están presentes en hogares en donde en promedio hay seis horas diarias de contratación de servicios, lo cual indica que la experiencia de efectivamente contratar cuidados domiciliarios o usar centros de día coincide con la conformación de ideales más desfamiliarizadores del cuidado. Como evidencia la última variable de la tabla anterior, las combinaciones de menciones de distintos sectores en las estrategias de cuidados son múltiples¹⁵³. En dicha clasificación, es posible detectar que las estrategias exclusivamente familistas representaron el 37,3% y fueron mayores en los hogares de niveles económicos bajos (67,6%), en relación con los medios (36,1%) y altos (17,8%). También variaron según el máximo grado de dependencia presente en el hogar, siendo el 42,6% de las estrategias mencionadas por los hogares con PM70 con dependencia leve, por el 39,2% de los que tienen dependencia severa y el 31,8% de aquellos con dependencia moderada¹⁵⁴. La mención a estrategias exclusivamente familistas¹⁵⁵ coincide con mayores promedios de horas de cuidados no remunerado para el cuidado de las PM70dep que habitan en sus hogares (21 horas diarias) y menores horas de trabajo remunerado en domicilio (1 hora promedio), lo cual también coincide con el perfil socioeconómico de los hogares. Quienes mencionan estrategias ideales combinando a la familia y otro tipo de actores en los cuidados, viven en hogares donde las PM70dep reciben en promedio 19 horas de TNR y

153 Tanto el cuidado domiciliario como los centros de día fueron mayormente mencionados de manera exclusiva por los hogares con NSE altos (26,5% y 14%, respectivamente), seguidos de los medios (15,9% y 13,8%) y en los hogares con NSE bajos es en donde menos mencionados fueron (13,8% y 0%). Respecto a los centros de larga estadía, los mismos fueron mencionados de manera exclusiva en un 5% del total de hogares y, a pesar de ser los más familistas, fueron más mencionados en los hogares los de NSE bajos (7,1%), seguido de un 6,7% de los de NSE altos y 4,1% de los de NSE medios. En el caso de los hogares con PM70 con dependencia severa, ninguno lo mencionó como estrategia de manera exclusiva, mientras que el 7,9% de los hogares con PM70 con dependencia moderada lo hicieron y 4% de aquellos con dependencia leve y respecto a la mención exclusiva de los centros de día y el cuidado remunerado en domicilio, no se encontraron diferencias importantes.

En un 13% de hogares, la estrategia ideal combinó el cuidado de personas de la familia y una cuidadora remunerada en domicilio como cuidado ideal, siendo más importante en los hogares de NSE altos (16,3%) en relación con los de NSE medios (14,3%) y bajos, en donde apenas el 2,9% mencionó esta opción. Por otra parte, las estrategias ideales para cuidar que mencionaron cuidado familiar y cuidado doméstico fueron mayores en los hogares con personas mayores en situación de dependencia severa (19%) en relación con los hogares con PM70 con dependencia moderada (13%) y 10,3% de los hogares con presencia de PM70dep leve. En menor porcentaje se mencionó la combinación de cuidado familiar y centros de día (2,8%), lo cual coincide con su bajo uso y su cuasi inexistente desarrollo de políticas de cuidados de centros de día, comunitarios, a la familia y centros de día y larga estadía (0,4%) y familia, cuidados domiciliarios y centros de larga estadía (0,4%).

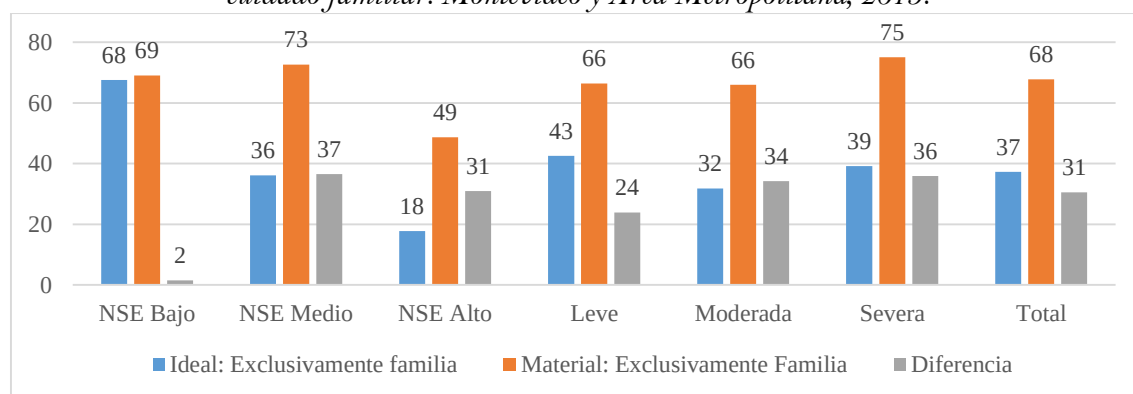
Las estrategias para cuidar de una PM70dep durante una jornada laboral de ocho horas que mencionaron o centros de día, o larga estadía o cuidados domiciliarios remunerados sin aludir al cuidado familiar fueron el 2,1% del total, mientras que en los hogares de NSE altos fue de 7%. Todas las opciones de cuidados fueron mencionadas sólo en 0,6% del total, destacándose que en el caso de los hogares con PM70 con dependencia severa el porcentaje aumentó a 3,3%.

¹⁵⁴ Esto, recordando que los hogares con PM70 con dependencia severa son aquellos en donde mayoritariamente se combinan estrategias familiares y de cuidados remunerados en domicilio.

¹⁵⁵ Elemento cultural que propone que la familia es el mejor escenario de cuidados per se proponiendo que la estrategia ideal de cuidados se conformaría exclusivamente por personas de las familias

1 hora de cuidados remunerados. Y en los hogares en donde las estrategias ideales son exclusivamente desfamiliarizadoras, las PM70dep reciben en promedio 8 horas diarias de TNR de cuidados y 6 horas promedio de trabajo remunerado de cuidados contratada por el hogar. En estos casos, el 40% declaró que usaría centros de larga estadía gratuitos y de calidad. Así, es notorio que en los hogares en donde se logra reducir el cuidado a través de la contratación de servicios, es en donde también se integran en mayor medida a los centros de larga estadía y otros formatos no familiares como parte del ideal de estrategias de cuidados. El gráfico a continuación busca ilustrar en qué medida existe una distancia entre el familismo exclusivo (la forma de cuidar más extendida según se mostró en el capítulo anterior y el familismo (la mención exclusiva al cuidado familiar) en los ideales del cuidado.

Gráfico 27. Porcentaje de hogares en donde se cuida exclusivamente mediante el cuidado familiar y en donde las estrategias ideales para el cuidado son exclusivamente basadas en cuidado familiar. Montevideo y Área Metropolitana, 2019.



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

Los datos permiten hipotetizar sobre la adaptación de preferencias en los sectores económicos más bajos, en donde la materialidad y los ideales de cuidado exclusivamente familiar mayoritariamente coinciden en proporción (un 69% de las estrategias materiales se basa en el cuidado familiar y un 68% de las estrategias ideales propone al cuidado exclusivamente familiar), y donde hay mayores niveles de conformidad con las estrategias de cuidados como se mencionó. No obstante, en los sectores medios se observa una distancia importante (37%) entre las formas en las que efectivamente logran cuidar (73% de estrategias son exclusivamente llevadas a cabo por familiares) y en sus ideales del cuidado, en donde sólo un 36% mencionó únicamente a la familia. En el caso de los hogares de NSE altos, la brecha es la segunda en orden de magnitud (31%), dado que en un 49% de los hogares cuidan familiares de manera exclusiva, mientras que sólo un 18% de las estrategias ideales son exclusivamente familiaristas. Dentro de los hogares de PM70 con dependencia leve, la distancia entre el familismo ideal y el familismo exclusivo en las estrategias materiales es la menor (24%), seguida de aquellos hogares con PM70 con dependencia moderada y severa (34% y 36%, respectivamente). En el caso de los hogares con

dependencia severa, la mayor brecha, como vimos, se vincula con la deseabilidad de incorporar cuidados domiciliarios y el uso de centros de día, no así de Centros de larga estadía.

Hasta aquí queda claro que las estrategias representan un tipo ideal de cuidados en casa y con la familia, que presenta variaciones según los niveles socioeconómicos, donde el familiarismo en las prácticas de cuidados coexiste con el familismo en las estrategias ideales de cuidados, siendo que a menor capacidad de tercerizar el cuidado mayor voluntad de que las personas cuidadoras sean familiares. Por otra parte, las personas con dependencia severa tienden a resistir en mayor medida la externalización total lo que coloca como escenario central del cuidado al domicilio (aunque en el estudio no se integran los hogares que hayan derivado completamente el cuidado en un centro de larga estadía).

Respecto al análisis del familismo como velo de las desigualdades de género, ha sido de interés observar si las estrategias ideales más familistas conviven con diferencias en el trabajo no remunerado producido para las PM70dep que habitan en los hogares y cómo son las representaciones de género en torno a los cuidados de PM70dep.

Cuando se relacionan las estrategias ideales de cuidados con la brecha de género en el uso del tiempo de cuidados, se observa que el familismo ideal coincide con mayores cargas de tiempo no remunerado para las mujeres y con mayores brechas de género. La tabla a continuación muestra que, cuando el cuidado ideal integra únicamente al cuidado familiar, las mujeres cuidan 2,4 horas por cada hora que cuidan los varones. Algo similar sucede cuando el cuidado ideal alude a la contratación de cuidadoras remuneradas en domicilio o al uso de centros de larga estadía, en donde la brecha es de 2,2 horas de TNR de cuidados provisto por las mujeres en relación con 1 hora de TNR de cuidados provista por los varones. En el caso de los centros de día, la brecha de género equivale a 0.

Tabla 19. Estrategias ideales y brechas de género en el trabajo no remunerado de cuidados en hogares con PM70dep, Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Brecha (cantidad de horas aportadas por mujeres en relación con los varones)
Exclusivamente familia		2,4
Exclusivamente cuidado remunerado en domicilio		2,2
Exclusivamente centro de día		0,0
Exclusivamente centro de larga estadía		2,2
Mencionó cuidado familiar	No	1,4
	Sí	2,2
Mencionó cuidado domiciliario	No	1,8
	Sí	2,0
Mencionó Centro de día	No	2,2
	Sí	0,2
Mencionó Centro de larga estadía	No	1,9
	Sí	1,3

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

Si se comparan aquellos hogares en donde se integra o no alguna forma de cuidados, se encuentran diferencias en las brechas de género en el uso del tiempo. El modelo ideal de cuidados familiares y de cuidado domiciliario remunerado expresa mayores brechas de género en el uso del tiempo en relación con los hogares en donde no fueron mencionados en la estrategia ideal. Y, contrariamente, en donde fueron mencionados los centros de día y de larga estadía (formatos de desfamiliarización extra domésticos) las brechas de género en el trabajo no remunerado de cuidados son menores en relación con aquellos hogares en donde no se mencionan. Por ejemplo, en los hogares en que se menciona al cuidado familiar dentro de la estrategia ideal, las mujeres dedican 2,2 horas diarias promedio por cada hora que cuidan los varones. Mientras que, en los hogares en donde no se menciona el cuidado familiar, las mujeres dedican 1,4 horas por cada hora de trabajo no remunerado de cuidados realizado por un varón. Por tanto, la idea de que cuiden familiares de las PM70dep evoca una generalización del cuidado realizado por las mujeres dentro de los hogares, lo cual hace parte de la “falacia del parentesco”, en este caso, siendo una falacia de nivel equivocado, que lo que encubre es la individualización del trabajo no remunerado realizado por las mujeres en el marco de los hogares para la provisión de bienestar de las PM70dep. En el caso de los hogares donde se mencionan centros de larga estadía, como ejemplo de un ideal más desfamiliarizador de los cuidados, las brechas de género en el uso del tiempo del TNR indican que por cada hora que cuidan los varones, las mujeres cuidan en promedio 1,3 horas, mientras que en los hogares en donde los CLE no son integrados en las estrategias ideales las mujeres dedican 1.9 horas por cada hora brindada por varones.

La feminización del cuidado en los hogares con ideales exclusivamente familistas del mismo muestran que dichos ideales podrían no ser inocuos y estar perpetuando y reforzando la división sexual del trabajo oculta bajo el manto de los hogares y el ámbito “privado” de lo familiar. Para profundizar en el vínculo entre las representaciones sociales de género y los cuidados, en la ENEC (2019) se integraron ítems para la conformación de una escala de tipo Likert, a fin de conocer si existe una generización de los imaginarios de cuidados. La misma integró siete afirmaciones, siendo el alfa de Cronbach 0,74. Fueron relativas a los cuidados tanto de PM70 como de niñas/os¹⁵⁶ y se encontraron dos dimensiones: una relativa al saber innato de las mismas y otra relativa a la competencia entre cuidar y realizar otras tareas como trabajar de manera remunerada¹⁵⁷. Por otra parte, se integraron afirmaciones relativas a varones y mujeres que, además, permitieron reconocer las distancias de género¹⁵⁸. De manera coincidente con las

¹⁵⁶ Sería deseable que las hijas (mujeres) dejen de trabajar para cuidar a las personas mayores cuando requieren apoyo para la vida diaria; Las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan desarrollarse fuera del hogar; Las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos; Cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabajar atiendan a los hijos; Es preferible que las mujeres de la familia cuiden a las personas mayores cuando enferman; En general, las mujeres cuidan mejor a las personas mayores que los varones; Es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando tienen alguna discapacidad.

¹⁵⁷ En el recuadro 2 se encuentran los detalles acerca de la escala.

¹⁵⁸ A riesgo de generar sesgos de deseabilidad social, a pesar del mentado ordenamiento de los ítems

diferencias en el uso del tiempo del trabajo no remunerado de cuidados, tanto la escala como los ítems analizados aquí separadamente (incluyendo uno relativo al cuidado remunerado en domicilio que no integró la escala) permiten reconocer que en la población prevalece una idea de las mujeres como mejores cuidadoras innatas y de mayor responsabilidad por los cuidados por parte cuando los mismos están en tensión por ejemplo con trabajar de manera remunerada (lo que es central para su autonomía económica). Las sentencias aluden a cuatro dominios: la “noción de las mujeres como mejores cuidadoras innatas”, al “cuidado familiar ante enfermedades” según género, a las “preferencias de cuidados de varones y mujeres ante costos económicos del cuidado” expresando representaciones acerca de quiénes deben dejar de trabajar para cuidar y, finalmente, a la “preferencia por cuidados remunerados generizados”, que se vincula con las nociones más amplias acerca de las mujeres como mejores cuidadoras innatas.

Tabla 20. Grados de acuerdo con sentencias acerca del papel de los varones y las mujeres en los cuidados. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Totalmente en desacuerdo o Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente de acuerdo o Acuerdo
En general, las mujeres cuidan mejor a las personas mayores que los varones.	28,1	17,2	54,7
En general, los varones cuidan mejor a las personas mayores que las mujeres.	53,3	34,2	12,5
Brecha (M-V)	25,2	17	-42,2
Es preferible que las mujeres de la familia cuiden a las personas mayores cuando enferman.	28,1	21,6	50,3
Es preferible que los varones de la familia cuiden a las personas mayores cuando enferman	34	28,9	37,2
Brecha (M-V)	-5,8	-7,3	-13,1
Sería deseable que las hijas dejen de trabajar para cuidar a las personas mayores cuando requieran apoyo para la vida diaria	58,8	19,3	21,9
Sería deseable que los hijos varones dejen de trabajar para cuidar a las personas mayores cuando requieran apoyo para la vida diaria	65,3	18,3	16,4
Brecha (M-V)	-6,4	1	-5,5
Cuando contrato a una persona para cuidar a personas mayores prefiero que sea una mujer.	21,7	23,1	55,2
Cuando contrato a una persona para cuidar a personas mayores prefiero que sea un varón.	55,7	37,4	6,9
Brecha (M-V)	-34	-14,3	-48,3

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Sobre el total de los hogares (n=143).

Un 54,7% de las respuestas en hogares con PM70dep expresó acuerdo o total acuerdo con la frase “En general las mujeres cuidan mejor a las personas mayores que los varones”; esto ocurrió solo en un 12,5% que afirmó acuerdo para la frase invertida que indicaría creencias acerca de que los varones cuidan mejor que las mujeres. Esta amplia falta de acuerdo con que los hombres sean principales cuidadores nutre en buena parte a la cultura familista feminizada, expresada en la amplia proporción de trabajo no remunerado provisto por las familias anteriormente evidenciada.

En el caso de la sentencia que alude a que es preferible que las mujeres cuiden ante situación de enfermedad, un 50,3% estuvo muy de acuerdo o de acuerdo, aunque un 37,2% también lo estuvo para el caso de los varones., siendo que la brecha para la primera afirmación es de 42,2%, mientras que en la segunda se reduce a 13,1%. Respecto a la asunción de costos económicos –como dejar de trabajar para cuidar–, los niveles de desacuerdo son altos y los de acuerdo bajos. Un 21,9% de las personas informantes de hogares con PM70dep estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con la frase “sería deseable que las hijas dejen de trabajar para cuidar...” ante un 16,4% que acordó para el caso de los varones, siendo la menor brecha de género en los grados de acuerdo (5,5%).

Finalmente, el ideal de “la cuidadora remunerada en domicilio” es la forma de cuidados complementaria al cuidado familiar y la segunda más expresada en la estrategia ideal del cuidado de las PM70dep ante una jornada laboral de ocho horas. Los grados de acuerdo con la frase “Cuando contrato a una persona para cuidar a personas mayores prefiero que sea una mujer”, fueron de un 55,2% que estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo, lo que sucedió sólo para el 6,9% de los casos de respuesta ante “Cuando contrato a una persona para cuidar de personas mayores prefiero que sea un varón”.

Estas frases apoyan la hipótesis de que el cuidado ideal familiar y domiciliario no es cualquier tipo de cuidados sino el provisto por las mujeres, encontrando fuertes brechas en cuanto a los porcentajes de acuerdo con que las mujeres cuidan mejor de las personas mayores en relación con los varones y que cuando se contrata una cuidadora en domicilio, es preferible que la misma sea una mujer. Como se verá posteriormente, las políticas de cuidados domiciliarios tienen un gran peso en el imaginario sobre qué formatos de cuidados debe propiciar el Estado, pero, como se ha mostrado, las mismas suelen reproducir las condiciones de precarización laboral de las cuidadoras y las cadenas globales de la desigualdad de ingresos entre las mujeres y de acceso a empleos de buena calidad.

En resumen, hasta aquí se ha evidenciado que:

- Existe una fuerte presencia de ideales exclusivamente familistas para el cuidado de las PM70dep, aunque el cuidado remunerado en domicilio tiene una gran relevancia en los imaginarios de cuidados presentes en los hogares con PM70dep.
- A menor nivel socioeconómico de los hogares hay una mayor predominancia de los ideales familistas de los cuidados en relación con los hogares de NSE medios y altos, en donde los ideales son más integradores de la desfamiliarización y de la combinación de familia y otros servicios.
- Las viviendas particulares son los escenarios de las estrategias ideales de cuidados más extendidos en la población de hogares con PM70dep, particularmente en los hogares de NSE bajos y en los hogares con personas en situación de dependencia severa.
-

En general, las prácticas y los ideales de cuidados son ampliamente familiaristas y familistas, pero, mientras que en los hogares de niveles económicos bajos no hay una gran distancia entre ambos, en los niveles medios y altos las prácticas son más familistas que los ideales en torno al cuidado, visualizándose cierta apertura hacia nuevos modelos de cuidados posibles y, en los sectores medios, una insatisfacción de demanda respecto a formatos posibles de cuidados compartidos con el Estado, la comunidad o, la imposibilidad de acceder a los servicios del mercado.

- Ante una mayor presencia de estrategias ideales desfamiliarizadoras, se encuentran menores brechas en el uso del tiempo en el TNR y contrariamente, los ideales más familiaristas coinciden con mayores brechas de género en el TNR.
- Cuando los varones cuidan de manera más activa, los ideales del cuidado son más preponderantes en formas de derivación de los cuidados desde el hogar hacia los centros de larga estadía.
- Cuando las mujeres cuidan más de manera no remunerada, los ideales del cuidado lo sitúan en casa y con la familia
- Hay una escencialización de género en los cuidados que indica imaginarios relativos a un conocimiento innato por parte de las mujeres y un imaginario cultural que indica que el deber ser de las mismas está colocado en ámbito de los cuidados y no en el ámbito público (laboral, político, cultural).
- La preferencia por el cuidado de las mujeres de las familias, como parte de las estrategias ideales de cuidados se extiende hacia el cuidado cuando el mismo es brindado de manera remunerada, expresándose una fuerte preferencia por la contratación de mujeres cuidadoras.

La dimensión cultural de los cuidados a través de las motivaciones para cuidar y los motivos para no integrar otras formas de cuidados

Las estrategias ideales del cuidado en casa y con la familia son complementarias a los aspectos principales esgrimidos como razones para cuidar o no cuidar, integrando ciertos sectores del cuidado presentes en la cultura de los cuidados montevideana actual. Su conocimiento permite acceder a las creencias y motivaciones que promueven la realización del cuidado y la inclusión de otras personas e instituciones para llevarlos adelante. Mediante su análisis, es posible dar cuenta de los sentidos culturales en torno al cuidado de personas mayores, y si varían o no conforme a los contextos y tipos de cuidados de los que se trata, que como señalaba Pfau Effinger (2005) son de gran relevancia para comprender la organización social de los cuidados, o, en sus términos, la “cultura del bienestar”, que supone la comprensión de los valores, las ideas y el stock de conocimiento en torno a las políticas del bienestar, el análisis de las prácticas de los individuos y de las prácticas estructurales, así como del sistema de bienestar. En este caso, nos adentramos en el análisis de las motivaciones, significaciones y acciones

concretas de carácter individual, entendiendo que las mismas expresan un orden cultural de los cuidados.

Complementariamente al llamado de Pfau Effinger (2005) a analizar los elementos culturales del bienestar, recordamos los modelos culturales propuestos por Hochschild (1995). En el modelo tradicional, la tarea de cuidados se justifica como innata y relativa al género – femenino– siendo el espacio de lo doméstico y la intimidad de la familia su lugar “natural” de desarrollo. Mientras que el modelo posmoderno de cuidados hace alusión al neoliberalismo e individualismo, en donde la solución a las necesidades de cuidados surgidas a partir de los cambios en los arreglos familiares y las tensiones para la vida de las mujeres que antaño lo hacían de manera gratuita puede ser comprada a bajo costo en el mercado (en donde hay una transnacionalización de un sistema global de cuidados nutrido desde países con menores recursos hacia los países con mejores indicadores de desarrollo económico y social) (Pérez Orozco y Dominguez, 2014; Sassen, 2000). Caso contrario, como sostienen Hochschild (1995) y Tronto (2020), entre otras autoras, el cuidado sigue las pautas de un modelo cultural posmoderno, y al liberalizarlo a una lógica de intercambio mercantil sin mayor regulación del Estado en cuanto a su provisión, condiciones laborales, no promueve, necesariamente, cuidados de calidad ni para las personas cuidadas, ni cuidadoras, y naturaliza un desmejoramiento del acceso al bienestar. La soledad de las personas mayores, así como las fuertes tensiones de tiempo experimentadas en los cuidados familiares, particularmente en los hogares de niveles medios y con personas mayores con dependencia severa y moderada, son desafíos centrales para garantizar los derechos al cuidado promovidos por el Estado. En este marco, la mercantilización del cuidado de las personas mayores a bajo precio se presenta como la estrategia complementaria al extendido familiarismo y feminización del cuidado no remunerado en el marco de los hogares particulares. Pero, como se ha evidenciado en las características laborales de las cuidadoras, este parece ser un formato de fácil aplicación, pero basado en el trabajo precario de las mujeres más pobres, con menores recursos y más vulneradas socio históricamente (como denota el elevado porcentaje de mujeres afro dentro de las cuidadoras). A su vez, recordando que la mayoría de las personas mayores son mujeres, la mayor exposición al cuidado informal de las familias y domiciliario para quienes tienen dependencias constituye parte del “viejismo” estatal (Butler, 1969), que muestra una forma de “privilegio irresponsable” por parte del Estado (Tronto, 2018), que se expresa no solo a nivel de la discriminación individual entre personas, sino también a la interna de las instituciones que en sus prácticas no integren una perspectiva de derechos. Como se ha visto, el Estado aún omite la generación de servicios de calidad y regulados y la ausencia de instituciones públicas es evidente en las estrategias de cuidados analizadas en el capítulo sobre su materialidad. Esto puede vincularse con el retraso en el desarrollo de una nueva institucionalidad ante el envejecimiento poblacional, así como de la reproducción de nociones como “inutilidad” de las personas en situación de dependencia por su “incapacidad” de participar del mercado laboral en

condiciones altamente competitivas (Pineda Duque, 2018; Berriel, 2007; Filgueira y Martínez, 2019; entre otros). El modelo posmoderno, así como el tradicional, promueven la naturalización de la ausencia del bienestar, la heterogeneidad de oportunidades y el desmejoramiento de las condiciones de cuidado (Hochschild, 1995). Finalmente, cabe recordar que el modelo moderno-frío de cuidados se plantea como uno con una fuerte, y casi como una única solución de los mismos, vía de institucionalización total, mientras que el modelo cálido, que según la autora defenderían las feministas, propone una amplia gama de opciones, en donde el cuidado familiar coexiste con otras fuentes de cuidados que garanticen los derechos de las personas a ser cuidadas y a recibir cuidados de calidad. De ser cierta la hipótesis de De Santiesteban (2023) acerca de que el SNIC en Uruguay es un proceso de base, entonces el modelo de la corresponsabilidad en los cuidados sería el culturalmente imperante, cuando hemos visto y continuaremos explorando que el modelo familista de cuidados, basado en el parentesco y en la feminización de los mismos, es el predominante en la cultura montevideana. Así, sostendremos que, si bien es cierto que el proceso de construcción del SNIC en Uruguay fue parte de una construcción por la sociedad civil, el feminismo (particularmente académico) y el gobierno (Aguirre, Batthyány, Genta y Perrotta, 2014), el mismo no ha emergido de una demanda social por la redistribución del trabajo entre varones y mujeres, por la sobrecarga de cuidados en los hogares, ni por la constatación colectiva del desmejoramiento de las condiciones para cuidar. En este breve apartado, damos cuenta de la cultura del cuidado a partir de indagar en los motivos y motivaciones por los cuales se cuida de una forma y no de otra a las personas mayores. En cuanto al desarrollo de políticas públicas de cuidados, la constatación de la presencia de un familismo extendido y de la norma social “evitar ir a un centro”, supone tener en cuenta que las políticas de cuidados de centros (articulado con otros) o de formato comunitario, serán levemente resistidos. Habrá cierta resistencia debido a que es el SNIC, en un contexto familista, es una política “contracultural”.

Para acceder a los motivos por los cuales las personas cuidan, se analizaron respuestas codificadas que se obtuvieron de la introducción de dos tipos de preguntas en la ENEC: cuáles son las tres razones por las que las personas e instituciones participan de cada estrategia y cuáles serían los tres motivos, a pesar de contar con centros de día, larga estadía y asistentes personales de calidad, universales y gratuitos, por los que no se utilizarían en hogares con PM70dep. Respecto a esto último, un 71,5% contestó que usaría un servicio de Asistentes Personales¹⁵⁹ en domicilio si se le ofreciese de manera gratuita y de calidad, mientras que un 40,1% usaría un

159 El porcentaje de informantes por hogar que contestó que usaría cuidados domiciliarios fue mayor entre los hogares con presencia de dependencia severa (78,6%), en relación con aquellos con PM70 con dependencia moderada (71,9%) y leve (68,3%), lo que evidencia una demanda insatisfecha de este tipo de políticas en los hogares con estas dos últimas poblaciones. Respecto a los Centros de larga estadía, los mismos serían utilizados por el 33,5% de los hogares con PM70 con dependencia severa, el 32,4% de aquellos con dependencia leve y 26,9% con PM70 en situación de dependencia moderada. Si en la muestra hubiese hogares en donde no viven PM70dep en situación de dependencia, pero porque se ha externalizado completamente la estrategia en un centro de cuidados, este porcentaje podría verse aumentado. Ver Tabla 11 en Anexos.

centro de día para el cuidado¹⁶⁰ y un magro 30,3% usaría un centro de larga estadía de calidad y gratuito para el cuidado de las personas mayores. Inversamente, un 28,5% no usaría Asistentes Personales, 59,9% no usaría centros de día¹⁶¹ y un 69,7% no usaría centros de cuidados de larga duración, aunque fuesen gratuitos y de calidad¹⁶². Siguiendo las categorías de operacionalización ya presentadas en el marco metodológico y anexos¹⁶³ en base a la propuesta de Zarzycki et al. (2022^a) y Zarzycki y Morrison (2021) y a antecedentes como Moreno et al. (2016), el análisis de contenido permitió reconocer en los distintos argumentos el peso diferencial de la relación entre quienes cuidan y son cuidados, sus características personales, los aspectos del contexto y las normas culturales. También permite reconocer que los sentidos otorgados a cada una de estas dimensiones cambian según el tipo de cuidados del que se trate.

Inicialmente, se consideró plantear el análisis según tipo de cuidado, estableciendo el peso y las características de las respuestas de manera separada según si se tratase del cuidado no remunerado (familiar y feminizado) o del cuidado remunerado (servicio de mercado desarrollado en la vivienda particular de las personas) o de los centros de día o larga estadía. Sin embargo, se presentan los resultados en función de cada una de las categorías mencionadas, a fin de reconocer los sentidos que las mismas adquieren según cada contexto de cuidados y su peso como dimensiones en cada uno de los ámbitos y formatos en los que los mismos se presentan. Las principales dimensiones involucradas en los argumentos fueron la naturaleza de la relación entre personas cuidadoras y cuidadas (lo que integra aspectos relativos a la obligatoriedad por parentesco, a la calidad de la relación, el afecto y distintos tipos de reciprocidad); los aspectos contextuales del cuidado (que integran desde aspectos relativos a la economía de los hogares, la disponibilidad para cuidar a partir del desempleo, la proximidad física con la persona que requiere cuidados, entre otros); las características personales, las creencias y los recursos de las personas que cuidan (puede referir a aspectos como el *expertise* de las personas cuidadoras, y también a los niveles de dependencia o a las características de las enfermedades y sus requerimientos) y una cuarta gran dimensión alude a normas culturales y sociales, como evitar ir a un centro como un mandato social. Cada una de estas dimensiones adquirió un cariz distinto según el tipo de cuidado al que se estuviera aludiendo, más allá de la magnitud de cada dimensión en las respuestas otorgadas (que se resume en la tabla a continuación).

Tabla 21. Resumen de las principales sub-dimensiones según cada tipo de cuidados

160 Respecto a los centros de día se observó una mayor disposición hacia su uso en el caso de las respuestas de informantes de hogares con personas con dependencia leve (47,1%) moderada (35,7%) y finalmente severa (34,2%).

161 En cuanto al uso de centros de cuidados, en la ENEC (2019), los mismos representaron el 1,3% del total de los cuidadores. En la breve exposición de motivos debido al escaso número de PM70dep que usan centros en la ENEC (nueve respuestas), se esgrimieron argumentos en torno al aumento de la autonomía y estímulo de capacidades cognitivas, como parte de un proceso de prevención y estímulo al desarrollo: “Para lograr desempeñarse mejor en sus tareas”, “Para lograr mejores capacidades cognitivas”, “Para aprender algo” y para socializar: “Para no estar sola”, “Por socializar”, “Por estar con mis compañeras”, “Convivencia” (Ver gráfico 18 en Anexos).

162 Ver Tabla 23 en Anexos.

163 Particularmente en el Cuadro 10.

Motivaciones de cuidados no remunerados en domicilio (n= 451 respuestas)	Motivaciones de cuidados remunerados en domicilio o uso de AP (n= 118 respuestas)	Motivaciones de no uso de cuidados domiciliarios o AP (n =135 respuestas)	Motivos de no uso de centros de día (n= 326 respuestas)	Motivos de no uso de centros de larga estadía (n = 388 respuestas)
La naturaleza de la relación (64,9%)	Características personales, creencias y recursos (45,6%)	La naturaleza de la relación (41,9%)	Normas sociales y expectativas percibidas (45,4)	Normas sociales y expectativas percibidas (53,6)
Aspectos contextuales del cuidado (22,0%)	Aspectos contextuales del cuidado (28,0%)	Características personales, creencias y recursos (31,3%)	Características personales, creencias y recursos (32,1%)	La naturaleza de la relación (23,1%)
Características personales, creencias y recursos (8,5%)	La naturaleza de la relación (26,3%)	Normas sociales y expectativas percibidas (26,8%)	La naturaleza de la relación (18,2)	Características personales, creencias y recursos (16,9%)
Normas sociales y expectativas percibidas (4%)	Normas sociales y expectativas percibidas (0%)	Aspectos contextuales del cuidado (0%)	Aspectos contextuales del cuidado (4,3%)	Aspectos contextuales del cuidado (7,5%)

Fuente: elaboración propia en base al total de respuestas abiertas en la ENEC.

Como es posible visualizar, entre las motivaciones acerca de por qué cuidan personas de manera no remunerada, que en la mayoría de los casos son mujeres de las familias, la naturaleza de la relación entre quien cuida y es cuidado es la dimensión más importante (64,9%), seguida de los aspectos contextuales (22%), características personales de cuidadoras y personas cuidadas (8,5%) y, finalmente, de las normas sociales y expectativas percibidas (4%). En las motivaciones para usar Asistentes Personales, las características como la experiencia, el conocimiento específico y las capacidades de las personas cuidadoras, así como la situación de dependencia son las centrales en los argumentos (45,6%), seguidas de los aspectos contextuales (28%) y la naturaleza de la relación (26,8%), pero no se mencionan aspectos relativos a las normas sociales. En cuanto al no uso de Asistentes Personales, la naturaleza de la relación entre quienes cuidan y son cuidados vuelve a ser central (41,9%), seguida de las características de las personas cuidadas y cuidadoras (31,3%), las normas sociales y expectativas percibidas (26,8%) y estando ausentes los aspectos contextuales (0%). Para el caso de los centros de día y larga estadía, las normas sociales y las expectativas percibidas en torno a la institucionalización de los cuidados hacen parte central de los motivos por los cuales no se utilizarían (45,4% y 53,6% de las codificaciones aluden a ello). En los centros de día, el segundo gran argumento se centra en las características de las PM70dep o cuidadoras (32,1%), mientras que en el caso de los centros de larga estadía se vuelve a argumentar a partir de la naturaleza de la relación (23,1%). Relativos a los centros de día, la naturaleza de la relación entre quien cuida y es cuidado aparece en el 18,2% de los códigos siendo el 16,9% de las codificaciones relativas a los centros de larga estadía. Los aspectos contextuales en el caso de los centros son poco mencionados tanto para explicar por qué no se usaría un centro de día (4,3%) como de larga estadía (7,5%). A continuación, profundizamos en los aspectos de la matriz cultural en torno al cuidado de las personas mayores a partir de desarrollar el contenido que adquiere cada una de las dimensiones en las respuestas acerca de por qué participan o no y de qué manera las personas e instituciones en los cuidados.

Afectos y falacias. La naturaleza de la relación entre quienes cuidan y son cuidados.

El cuidado está extendidamente familiarizado y feminizado. ¿Cuáles son los motivos por los que las personas de las familias asumen los costos físicos, económicos y de tiempos, así como emocionales que insume cuidar? ¿Por qué asumen el cuidado aun no estando preparadas/os para hacerlo? ¿Por qué cuidan en los contextos en los que cuidan? ¿Y de las formas en las que cuidan? ¿Qué argumentos principales se presentan para integrar o no ciertos formatos de cuidados?

Como señalaba Thomas (1993), para caracterizar al cuidado es necesario comprender cuál es la identidad social de las personas cuidadoras y cuidadas, la relación del cuidado, el dominio social de en dónde sucede el cuidado, las características económicas y el marco institucional donde los mismos se llevan adelante. A fin de avanzar en su reconocimiento, a continuación se evidencia cómo la naturaleza del cuidado (relaciones entre quienes cuidan) adquieren diferentes significados según el tipo de cuidados que se esté observando.

Como mostró el cuadro anterior, la naturaleza de la relación entre personas cuidadoras y cuidadas siendo la categoría de códigos más importante en la argumentación acerca de por qué las personas de la familia cuidan, representando el 64,9% de las codificaciones de respuestas. Sin embargo, la misma ocupa un lugar de menor densidad entre los argumentos acerca de por qué no se utilizan cuidadores remunerados en domicilio (31,3%) y por qué sí se utilizarían (26,3%). La naturaleza de la relación entre quien cuida y es cuidado tiene poca presencia entre los argumentos acerca de por qué no se utilizarían centros de día o larga estadía (ocupando en ambos casos el tercer lugar según la densidad y representando 18,2% y 16,9% de las codificaciones, respectivamente).

La “naturaleza de la relación entre quien cuida y quien es cuidado” en el caso de los cuidadores no remunerados, en donde la mayoría son mujeres de las familias, es la dimensión más acentuada y frecuente en las respuestas sobre por qué se cuida: es la obligatoriedad por parentesco y moral (37,8%), seguida de la reciprocidad (8,9%) y el afecto (8,9%), la calidad de la relación (8,2) y la expresión explícita de “valores familiares” (1,1%)¹⁶⁴. Las personas justifican su participación en los cuidados por ser familiares de la persona que se cuida, por tener una obligación asociada a parentesco, lo cual se basa en un orden moral familista del mundo de los cuidados. Cuidar entonces resulta una responsabilidad intrínseca al rol de la persona en la estructura del parentesco, sin ofrecer argumentos acerca de por qué tener una relación de parentesco explicaría un mejor cuidado. En el caso de los niños/as, estos estereotipos están fuertemente vinculados al maternalismo: a la cultura que sustenta que saber cuidar es innato en el caso de las mujeres, lo cual perpetúa el posicionamiento desventajoso de las mismas en la sociedad (Hays, 1998; Badinter, 2011). En el caso de las personas mayores, el familiarismo oculta la extensión de esta cultura maternalista a todas las mujeres de las familias y la sociedad,

¹⁶⁴ Ver Gráfico 15 en Anexos.

particularmente a las hijas y también impide reconocer que, para cuidar, se requieren saberes específicos según las distintas causas de la dependencia y sus efectos sobre la vida cotidiana, sentidos y salud de las personas. El parentesco oculta bajo la idea de “familia” la feminización del trabajo de cuidados y coloca en un orden natural e innato el conocimiento sobre los cuidados. Esto representa un mecanismo de vulneración de derechos al cuidado de calidad, no solo porque el vínculo entre parentesco y capacidades y conocimientos para el cuidado no es lineal, lo cual niega el importante papel de la formación en el desarrollo de los cuidados, sino que, además, propicia la noción de que la “intimidad” de los vínculos de parentesco y los espacios domésticos son buenos y adecuados per se. Contrariamente, la garantía de la colectivización de las responsabilidades de cuidados y de la vigilancia sobre los riesgos de situaciones de violencia y vulneración de los derechos requieren del reconocimiento del cuidado como trabajo y de la adquisición de saberes requerida para el mismo, así como la garantía de la adecuación de los espacios necesarios para cuidar. Dentro de los distintos argumentos asociados a la obligación, la *filial* fue la más importante (15,7%) y coincide con el importante papel que las hijas e hijos tienen en las estrategias de cuidados en donde proveen el 52,1% total del tiempo recibido por las PM70dep: “Vínculo familiar, no hay otro familiar que la cuide *como su hija*”, “Porque es la hija”, “Porque es la madre, es lo más lógico”. Esto se extiende a la obligación familiar (9,8%), más allá del vínculo filial o de pareja. Por ejemplo, se ha expresado que se cuida porque hay un “Vínculo familiar, se prioriza el cuidado familiar”, “Porque es mi abuela”, “Porque quiere estar en su casa y *yo soy su sobrina*”. Los argumentos acerca de por qué se cuidan como: “Compromiso del matrimonio”, “Es su esposa, le tiene mucha confianza” “Porque es mi pareja” fueron categorizados como obligación conyugal (5%), que a también se presenta de manera indirecta cuando las mujeres que cuidan son las nueras (es decir que se involucran por ser esposas-de o parejas-de: “Porque es mi suegra”. Otros argumentos mencionaron a la obligación en términos generales (7,5%) y en algunos casos indicando la asunción forzosa del rol de cuidados, como “Porque es su obligación hacerlo”, “Es una obligación moral”. El modelo tradicional de cuidados se apoya en la idea de familia como principal sector cuidador, aunque, como se ha visto, quienes efectivamente cuidan son las mujeres. De esta manera, el familismo se vincula con el cuidado como una obligación familiar (Burridge et al., 2007; Gupta, Rowe & Pillai, 2009; Zhan, 2006 y Dykstra & Fokkema, 2012; Goldberg-Looney et al., 2017; Ikkink et al., 1999; Morrison & Williams, 2020; Parveen et al., 2011, 2013, 2014; Silverstein et al., 2006 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 650). Esta fuerza de la obligación por parentesco impide reconocer que el trabajo es inequitativamente distribuido (y sus costos) entre varones y mujeres según sus distintos posicionamientos sociales de clase, étnico-raciales, entre otros. También, que la información necesaria para cuidar no emerge del parentesco y, por ende, que no siempre es deseable que sea llevado a cabo por personas de la familia (al menos no todas las dimensiones del cuidado). Dentro de los costos que implica cuidar, el “desgaste del rol” relativo a la temporalidad y el desenlace de la dependencia hace alusión a los cambios en las motivaciones para cuidar y el vínculo positivo

con los costos en la salud, economía y otras dimensiones sociales en las vidas de las personas cuidadoras y que la inclusión de servicios de cuidados en domicilio reporta alivio para las personas cuidadoras (Russell, 2001; Sterritt & Pokorny, 1998; Tretteteig, Vatne & Rokstad, 2017; Tretteteig, Vatne, Rokstad & Rokstad, 2017; Gerdner, Tripp-Reimer & Simpson, 2007; Lewis, Curtis & Saucier Lundy, 1995; McDonnell & Ryan, 2014; Öhman & Söderberg, 2004, Lee, Lee & Lee, 2019; Neufeld & Harrison, 1998; Stajduhar, Martin, Barwich & Fyles, 2008 en Zarzycki y Morrison, 2021, pp. 641 y 647 y Morrison & Williams, 2020). La temporalidad es uno de los aspectos que tampoco se contempla en el diseño de las políticas públicas, así como el modo en que impacta en las trayectorias de cuidados cuando los antecedentes muestran que, a mayor exposición de la convivencia con personas en situación de dependencia y ante el aumento de la severidad de la dependencia, la salud física y mental de las cuidadoras se ve afectada, así como las motivaciones para cuidar.

La presencia de argumentos de obligación por parentesco aparece de similar manera cuando se trata de cuidadoras mujeres y varones y por niveles socioeconómicos, aunque varían según la convivencia con las PM70dep a las que se cuida, siendo que dentro de las respuestas de las mujeres con las que se convive, el 43,5% mencionaron la obligación moral, disminuyendo al 25% en el caso de las mujeres que cuidan pero no conviven con las PM70dep¹⁶⁵. Aquí es importante notar que la convivencia con las PM70dep parece vincularse con una mayor mención de la obligatoriedad, lo que recuerda que la misma es una de las determinantes más importantes en la participación de las personas en los cuidados (Roger García, 2010).

El familiarismo expresado en las razones de las personas que cuidan de manera no remunerada a través de la categoría “naturaleza de la relación entre quien cuida y es cuidado”, si bien presenta como argumento central la obligatoriedad por parentesco, también se funda en nociones sobre la reciprocidad. La misma fue mencionada en 8,9% de las citas presentando dos vertientes: la retrospectiva (6,4%) y la actual (2,5%). La primera, hace alusión a lo propuesto por la teoría de la deuda intergeneracional (Green et al., 1980)¹⁶⁶, en donde los hijos/as deben cuidar de sus madres y padres porque ellos lo han hecho antes y constituye una suerte de “deuda”: “Agradecimiento por criar a sus hijos juntas”, “Me crio y soy el único que se hace responsable”, “Por lo que hizo por mí”. La segunda alude a que en el presente se da y se recibe en el intercambio siendo esta la motivación para cuidar: “Yo soy buena con ella y ella conmigo”, “Le cuido a los hijos, intercambiamos”, “Yo cuido a sus hijos, y ella pasa a ver si necesito algo, comida, medicamento o para prevenir”, destacándose que en el momento presente hay un intercambio entre quienes cuidan y son cuidadas. De manera muy relacionada con la reciprocidad, apareció en igual medida (8,9%) el afecto: “La amo y la quiero cuidar yo”, “Lo quiero mucho a mi abuelo”, “Porque lo quiere, la rodea, está pendiente de ella, vive con ella”, “Por el amor y el cariño que

¹⁶⁵ Ver Tabla 12 en Anexos. En el caso de las diferencias por nivel socioeconómico en la Tabla 13 en Anexos se presentan los resultados.

¹⁶⁶ La motivación está basada en un comportamiento retributivo procedente del sentimiento de endeudamiento de cuidados con la persona que los recibe actualmente.

nos tenemos”, “Sentimiento, por amor”. El amor está levemente más presente en el discurso de las mujeres en relación con los varones y de informantes de hogares de niveles altos (10,5%) y medios (10,8), disminuyendo en los bajos (3,9% del total de citas)¹⁶⁷. El amor ha sido una de las grandes formas de sostener encubierta una desigual carga de trabajo, como ha sido señalado como parte de los argumentos clásicos de los estudios de género y los feminismos (Federici, 2018; Bock y Duden, 1985).

Muy vinculada con la reciprocidad y la temporalidad en la relación entre las personas implicadas en los cuidados, también se encontraron alusiones a la calidad de la relación (8,2%). En las mismas se destacaron aspectos relativos al buen vínculo, la comodidad, la confianza, la conformidad, el entendimiento mutuo: “Porque se llevan bien”, “Porque es la familiar con la que más vínculo tiene”, “Porque M* está más cómoda en la casa de la abuela que en la suya”, “Siempre estuvo en el hogar complicando con la tarea de cuidados”. La naturaleza de la relación entre las personas cuidadoras y cuidadas se basa principalmente en la obligación que argumentalmente constituye una falacia mediante la cual el parentesco explica por qué se cuida como se cuida, sin ofrecer explicaciones sobre la calidad del cuidado, o qué propiedades concretas harían del cuidado familiar un mejor cuidado. La “Falacia del parentesco”, en donde se aduce que del mismo emerge el conocimiento adecuado para cuidar, constituye parte del manto cultural que niega el reconocimiento del tiempo que las mujeres dedican a esta actividad de manera no remunerada y las mejores condiciones laborales y de formación que las mismas requieren cuando este trabajo se moviliza desde el espacio doméstico al espacio público. La falacia del parentesco no sólo aparece como forma de justificar el cuidado familiar, sino que también está en la base argumental sobre por qué no integrar extraños, personas ajenas a núcleo íntimo en los cuidados, así como no hacer uso de formatos colectivos como los centros de cuidados, como mostraremos más adelante. En segundo término, la temporalidad del vínculo (incluyendo en ella a la reciprocidad y la calidad de la relación) es un elemento relevante, así como la afectividad. Ninguno explica un mejor cuidado, pero sí las motivaciones para dedicar tiempo, vinculadas a las teorías de la empatía e hipótesis del altruismo (Bateson, 1991) en donde la motivación para cuidar está producida por la emoción empática, lo cual se acerca a la teoría de la motivación como un comportamiento mutuamente beneficioso (Frank, 2002). En ambos casos, factores internos y externos impactarían en el compromiso de las personas cuidadoras (Johnson et al., 2016) y, desde una perspectiva sociológica, siempre estarían informadas por las normas y reglas culturales.

Analizamos brevemente cómo aparece la misma cuando la pregunta es por qué no se utilizarían Asistentes Personales si se ofertaran de manera gratuita y fuesen de calidad¹⁶⁸ y por

¹⁶⁷ Ver Tabla 14 en Anexos.

¹⁶⁸ Fueron indagados para el 28,5% que no usaría un Asistente Personal, aunque el mismo fuese gratuito y de calidad), contándose con 91 respuestas que fueron codificadas.

las cuales sí se usan cuidadoras remuneradas en domicilio en la estrategia¹⁶⁹ la predominancia de las categorías de análisis cambia en relación con el cuidado no remunerado.

La “naturaleza de la relación” representó el 41,9% de las respuestas acerca de cuáles son los motivos por los que no se utilizaría el cuidado de Asistentes Personales, siendo el familismo y la preferencia por “estar en familia” lo más destacado: “Porque estamos en familia”, “La familia es quien la conoce bien”, siendo esta la principal forma de expresión de la resistencia a usar un servicio gratuito y universal de cuidados domiciliarios de calidad. A su vez, en varias citas se hizo alusión a que “No le gusta una persona ajena a su familia” o a la resistencia a incorporar extraños al cuidado y en la vivienda particular, lo cual se constituye como “captura doméstica” del cuidado, en donde el mismo queda circunscripto a los límites de los vínculos familiares en donde como se ha mencionado, puede darse un buen o mal cuidado, siendo que la vivienda puede o no adecuarse a las necesidades de cuidados.

En cuanto a los motivos por los cuales sí se integra el cuidado domiciliario remunerado en las estrategias, un 26,3% de las respuestas señalaron que las personas cuidadoras en domicilio se contratan por la confianza (13,2%): “Es de confianza”, “Confianza con la vecina. La conocen”, “Persona de confianza”, “Es como de la familia”, “Porque es de confianza”; por la calidad de la relación (8,7%): “Se lleva bien con Á*”, “Porque nos llevamos bien”, “Se llevan bien”, “Nos sentimos cómodos”; a la reciprocidad (2,6%) “Ellos ayudan a F* (la cuidadora) que es la vecina y ella los ayuda a ellos” y el afecto (1,8%) “La cuida porque ella la quiere y es la nieta”, “Afecto con el padre”, “La madre fue amiga de la vecina”¹⁷⁰. Estos aspectos relativos a la naturaleza de la relación son importantes en la explicación acerca de por qué se integra y se sostiene un tipo de cuidados domiciliario.

La naturaleza de la relación entre las personas cuidadoras y cuidadas también es mencionada como parte de la explicación acerca de por qué no se usarían centros de día o de larga estadía. En ambos casos, se encuentra en tercer lugar según la magnitud, representando el 18,2% de las codificaciones de los motivos por los cuales no se usaría a pesar de ser gratuito y de calidad. Se mencionó la obligación filial (6,4%) nuevamente como uno de los motivos más importantes por los que no se usaría un centro de día, lo cual coincide con las preferencias familistas extendidas: “Porque tienen hijos para cuidarlo”, “Mi hijo siempre me cuidó y es mi único hijo. Así estamos bien”. Seguida, apareció la obligación familiar (4,3%): “Está la familia para cuidarla”, “No lo necesita porque ella está bien y puede cuidarlo” exponiendo nuevamente la expectativa sobre el cuidado de las y los hijas/os hacia sus padres. En mínima medida fue mencionada la obligación conyugal (0,7%)¹⁷¹ “Por ahora no, mientras yo pueda va a estar acá

¹⁶⁹ Las motivaciones para incorporar cuidados remunerados domiciliarios también fueron consultadas en los 46 casos en donde los mismo hacen parte de la estrategia, obteniendo 92 respuestas sobre por qué participan en las mismas. En la ENEC, 32,5% de los hogares utilizó cuidados remunerados, siendo en el 24,1% de los casos, Asistentes Personales.

¹⁷⁰ Ver Gráfico 17 en Anexos.

¹⁷¹ Ver Gráfico 20 en Anexos.

conmigo”. La valoración de la familia (3,6%) fue esgrimida como motivos para no ir a un centro argumentando que: “Está en familia, cuidado”, “Fundamental estar con los vínculos familiares en el hogar”, “Arreglamos en familia”. La calidad de la relación (1,2%) “se siente conforme con el cuidado de su compañera”, “arreglamos en familia” y de la reciprocidad retrospectiva “yo los cuidé, luego les tocará a ellos”. También se menciona el afecto en un 0,9% de las respuestas por las cuales no se usaría un centro de día, “Afectivo. Están muy unidas ambas”, “valor afectivo”.

En el caso de los centros de larga estadía, la categoría naturaleza de la relación fue la segunda más importante (23,1%) en las explicaciones acerca de por qué no se usarían, aunque fuesen gratuitos y de calidad¹⁷². La obligación filial (10,5%) “Porque es mi responsabilidad, soy el hijo”, “Porque en casa va a estar mejor con su hija”, “Porque tengo mis hijos, sé que *jamás me dejarían sola*”. Se expresa una clara noción de que el cuidado es una responsabilidad familiar y que el uso de centros de larga estadía es una señal “de abandono”, en donde las hijas e hijos tienen un papel fundamental en cuanto a las expectativas que se tienen sobre su participación en el trabajo de cuidados. “Mientras pueda cuidarla lo voy a hacer. Es mi mamá y tiene que estar en casa. Es mi responsabilidad *mantenerla bien* en casa”. A su vez, los/as hijas expresan la necesidad de estar con sus padres y de retribuirles el trabajo de cuidados que han hecho durante su infancia: “Porque él me crio y quiero tenerlo conmigo”. Las valoraciones sobre la familia (5,2%) también tuvieron su lugar: “Porque consideran que tiene que estar con la familia”, “Apego familiar”, “No le gustaría porque no estaría cerca de la familia”, “Familia muy unida, con mucho apoyo de la familia y vecinos. Se identifica que tiene mucho apoyo de sus hijas/os en lo que refiere al cuidado”, “Fundamental estar con los vínculos familiares en el hogar”. La calidad de la relación (2,4%) en frases como “Porque ella se anularía y yo me sentiría solo”, “Porque está contento, porque con lo que tiene está conforme, la familia está con ella siempre los tiene alrededor”, “Se ayudan con su pareja”. A la obligación familiar (1,4%) en otras como: “La familia debe estar cerca”. La reciprocidad (0,3%) “Ella es una persona que se hizo cargo de sus hijas toda la vida cuando se quedó viuda haciendo de padre y madre”, “Porque es muy importante por el trabajo que hizo la madre cuando era chica”. Y en ínfima medida la obligación conyugal (0,3%) “La mujer lo puede acompañar”.

En resumen, una de las explicaciones más importantes para el trabajo no remunerado de las mujeres es que el cuidado familiar se expresa en base a la obligación filial, conyugal y familiar y acompañado en menor medida de aspectos relativos a la reciprocidad, el afecto, el valor de la familia y la calidad del vínculo entre las personas cuidadas y cuidadoras. Esto implica que, en el caso de los cuidados no remunerados, en donde la naturaleza de la relación entre quien cuida y es cuidado, y el tipo de trabajo en el que se basan las estrategias materiales de cuidados de manera extensa, alude a la falacia del parentesco y al afecto, reciprocidad y la confianza como motivaciones centrales para cuidar. No obstante, como se ha mencionado, esto contribuye al

¹⁷² Ver Gráfico 23 en Anexos.

sostenimiento de los cuidados de las personas mayores como parte de las actividades de la esfera doméstica y de las mujeres en la misma, impidiendo la generalización del conocimiento respecto a las condiciones en las que un cuidado puede ser mejor resuelto y a la necesidad de demandar al Estado el desarrollo de dichas condiciones. Es decir, de continuar un pasaje de los cuidados (al menos en su dimensión material y técnica) desde los hogares hacia el sector cuidador, como cuarto pilar del bienestar y del desarrollo social, lo cual requiere innovación, investigación y desarrollo de servicios de cuidados adecuados, así como desde el reconocimiento de derechos hacia su real garantía.

Como se ha mencionado, la falacia del parentesco y la importancia de los lazos de confianza y familiares están presentes en por qué no se contrata Asistentes Personales en Domicilio, así como no se usarían Centros de día y larga estadía. En estos casos, el uso de estas formas de cuidados representaría abandono, exposición al riesgo, dado que el cuidado deseable y de mejor calidad, es aquel otorgado en el hogar y por integrantes de las familias.

Cuadro 2. Resumen: Naturaleza de la relación entre las personas cuidadoras y cuidadas

Cuidados No Remunerados	Aversión a Contratación de cuidados remunerados en domicilio	Cuidados Remunerados en domicilio	Aversión a uso de Centros de Larga Estadía	Aversión a uso de Centros de Día
64,9%	35,4%	26,3%	23,1%	18,2%
Falacia del parentesco: Obligación por parentesco y moral	Falacia del parentesco: Cuidado familiar ofrece mejor calidad	Reciprocidad, temporalidad en el vínculo	Falacia del parentesco: Obligación por parentesco y moral	Falacia del parentesco: Obligación por parentesco y moral
Temporalidad en el vínculo	“Captura doméstica” Aversión a inclusión de otras personas en el cuidado	Confianza	“Captura doméstica” Aversión a inclusión de otras personas en el cuidado	“Captura doméstica” Aversión a inclusión de otras personas en el cuidado
Afecto, Calidad de la relación y valores familiares	Desconfianza	Calidad en la relación		

Fuente: elaboración propia

En todo caso, el papel del familismo expresado en los mecanismos concretos que se observan en el resumen anterior expresan un discurso sobre el cuidado que muestra rasgos del modelo tradicional mencionado por Hoschild (1995) y que hablaría de resistencias culturales al desarrollo del modelo Estatal Proteccionista (Filgueira, 1998; Martínez Franzoni, 2008). En cuanto al discurso de cuidados, la presencia de esta dimensión en el marco de estrategias fuertemente familiarizadas imprime una lógica cultural en donde la primacía en el cuidado es el parentesco, en el cual la obligación moral es uno de los principales motores de su sostén, así como la reciprocidad y el afecto, pero en mucho menor medida. Este familismo no es utilizado solo para explicar por qué cuidan personas de manera no remunerada (en su mayoría familiares), sino para explicar por qué no se cuida de otras formas, en donde la “intimidad” y la aversión a la presencia de extraños en el hogar también es un argumento importante.

Aspectos contextuales: economía, convivencia y tiempo compartido

Los aspectos contextuales aluden a factores de conveniencia (por ejemplo, los económicos o de proximidad en la vivienda), a las prioridades y demandas contrapuestas (como la oposición de intereses) o aspectos vinculados al contexto del cuidado como la convivencia o la disponibilidad de los servicios. Los mismos tienen un peso relativamente importante (aunque mucho menor en relación con la naturaleza de la relación entre los cuidados y cuidadores) siendo la segunda gran sub-dimensión de las motivaciones por las cuales cuidan las personas de manera no remunerada (22%), y también en el caso de las motivaciones por las cuales se utilizan cuidados remunerados en domicilio (28%), pero tienen entre escasa y nula relevancia entre los motivos por los cuales no se utilizarían cuidados domiciliarios (0%), centros de día (4,3%) o centros de larga estadía (7,5%).

La convivencia y la cercanía con la vivienda resulta ser uno de los aspectos contextuales más destacados en la explicación acerca de por qué se cuida: “Vive conmigo”, “Ella también vive en casa”, “Vive cerca”, “Porque vivo con ellos, toda la vida. Mis hermanos no están, viven lejos”. También fue mencionada la disponibilidad de tiempo: “Tengo tiempo para hacerlo”, “Es la única que puede estar en el horario que necesita cuidado”, “Está jubilada”. Los factores económicos hacen parte (en tercer lugar) de los aspectos contextuales: “No hay plata, no hay otra opción casi”, “Porque soy pensionista y estoy en el hogar”, “Razones económicas”, “Los demás trabajan y yo no”. Los aspectos contextuales del cuidado aludieron en mayor medida a imposibilidades para “no cuidar,” como la obligación a partir de la convivencia, o factores económicos que causan impedimentos, más que a aspectos positivos como parte del contexto.

Respecto al cuidado remunerado en domicilio, los aspectos contextuales del cuidado refieren principalmente a factores de conveniencia, entre los cuales se encuentran la disponibilidad de tiempos de las cuidadoras “Dejó de trabajar y tiene tiempo libre”, la necesidad de trabajo “Necesitaba trabajar porque estaba en situación de calle”, el hecho de que ya se desempeñasen como trabajadoras domésticas en el hogar “Como ella ya va por otros motivos (trabajo doméstico) le resulta fácil que ella misma le ayude, pues conoce a la persona”, por conveniencia económica “Remuneración del SNIC”, “Por tema económico, es conveniente (más barato que un asistente personal)”, siendo los factores de conveniencia los principales aspectos mencionados.

La contratación de cuidadoras en domicilio también obedece a negociaciones con otras personas de la familia, por ejemplo, en pos de no pasar a convivir con otras personas de la familia: “Porque mis hijos trabajaban y me quieren llevar con ellos y yo no quiero”, “Su hija quiere estar tranquila de que está acompañada”, “Hijos y nietos trabajamos. No abarcamos completa la rutina de cuidado”. Y, finalmente, también se mencionan aspectos temporales del cuidado que a su vez denotan el valor que para las personas tiene la construcción de un vínculo a largo plazo con las

personas cuidadoras: “La persona después de muchos años, es como si fuera familiar”, “Hace años me conoce”, “Está hace más de dos años en el hogar”, “Está hace 25 años en el trabajo”, “La conocemos hace tiempo”¹⁷³.

Los aspectos contextuales no aparecen dentro de las motivaciones de no uso de Asistentes Personales y, como se ha mencionado, casi no tienen lugar en el discurso acerca de los cuidados en Centros de Día y de Larga estadía. En el caso de los primeros, se encontraron breves referencias a la adaptación al hogar y la disponibilidad de tiempo de los familiares para cuidar: “Porque me adapto más en mi casa, es porque el nieto no trabaja, por ahora no”, “Tiene tiempo” y de los motivos para no usar centros de larga estadía (7,5%) expresó algunas frases como: “La casa es nuestra”, “Por falta de transporte/locomoción”, “Familiares viven cerca”.

Cuadro 3. Resumen: Aspectos contextuales del cuidado

Cuidados No Remunerados	Cuidados Remunerados en domicilio	Aversión a uso de Centros de Larga Estadía	Aversión a uso de Centros de Día
22%	28%	7,5%	4,3%
Convivencia. Situación de la familia respecto a la vivienda	Disponibilidad de trabajo por precarización de la vida de las cuidadoras. Utilización de trabajadoras domésticas para el cuidado	Convivencia y situación de la familia respecto a la vivienda. Falta de otras opciones	
Motivos económicos: compartir la economía o no poder costear otro tipo de cuidados.	Disponibilidad de políticas sociales. Bajo costo económico del trabajo		

Fuente: elaboración propia.

En resumen, los aspectos contextuales que incluyen la situación económica como argumento para cuidar en el caso de las personas no remuneradas, así como motivo por el cual no usar servicios como cuidados domiciliarios, centros de día o larga estadía, aparece poco en general, siendo que las personas piensan en el mundo de los cuidados principalmente en relación con lo familiar, lo afectivo y lo moralmente adecuado, mas no así en los condicionamientos socioeconómicos como base del modelo cultural familista. Según las estrategias ideales, los imaginarios de quienes efectivamente sí pueden tercerizar los cuidados son significativamente más plurales en relación con los de las personas cuya única estrategia posible es el cuidado familiar. Quienes podrían acceder por mayor proximidad económica y con los servicios a otras formas de cuidados –como son los sectores medios, particularmente tensionados con el cuidado de las PM70dep– mencionan más opciones en relación con los sectores socioeconómicos bajos y menos que los altos. En estos últimos, donde los niveles adquisitivos permiten contratar distintos servicios de cuidados de calidad y adaptados a las demandas de los “clientes”, los imaginarios y las prácticas de cuidados son más plurales, a pesar de que persisten brechas de género en el tiempo de cuidados no remunerado que dedican a los mismos. A su vez, la convivencia, la tenencia de la vivienda y la cercanía con la vivienda de la PM70dep han sido

¹⁷³ Ver Gráfico 16 en Anexos.

mencionadas de manera sustantiva dentro de los aspectos contextuales del cuidado, lo cual implica tener en cuenta el papel de la proximidad con la red afectiva y familiar como una dimensión relevante para el diseño de las políticas públicas. Finalmente, como ya se ha mencionado, el trabajo de cuidados es realizado por las mujeres, que suelen pertenecer a hogares con niveles socioeconómicos más bajos y contar con niveles educativos que no permiten que su trabajo sea más valorado por el mercado laboral, así como sus derechos laborales sean frecuentemente más garantizados.

Características de las personas cuidadas y cuidadoras: saber hacer y cercanía

Las características de las personas cuidadoras refieren a las menciones específicas como aptitudes, la experiencia y el *expertise* de las mismas en el cuidado, las formas y tipos de respuestas con los que cuentan para afrontar situaciones complejas. También refiere a las características de las personas que requieren cuidados, los tipos de dependencia hacen parte de los argumentos por los cuales se desarrollan ciertos formatos en relación con otros.

Como hemos visto, la principal motivación por la que las personas de las familias cuidan es por su relación de parentesco con las personas que requieren los cuidados y por la obligación moral relativa a hacerse cargo de sus necesidades, en un marco en donde la temporalidad, reciprocidad del vínculo y afectividad son importantes en la conformación de las motivaciones, seguidamente, los argumentos relativos a los aspectos contextuales fueron centrales, particularmente los de proximidad y relativos a la vivienda, así como los económicos. La suma de ambos reúne el 85% de las respuestas acerca de por qué cuidan las personas en situación de dependencia, siendo que tanto las características de las personas cuidadas y las normas sociales y expectativas percibidas tienen menor peso en los porqués se cuida de manera no remunerada. En este marco, solo un 8,5% de las respuestas codificadas aludieron a las características de las personas en situación de dependencia y a las personas cuidadoras para el caso del cuidado no remunerado. Dentro de las escasas menciones, la situación de dependencia es central para explicar por qué cuida alguien (probablemente familiar) de manera no remunerada: “Ya estoy ‘viejita’ y necesito de compañía para algunas cosas”, “Porque la necesita por su incapacidad motriz, la necesita para bañarse”, “Por falta de poder movilizarme sola”, “Está un poco ahogado y con falta de aire, no tiene movilidad y necesita cuidados”, “Está inhabilitado por eso necesita cuidado”, “Tiene Alzheimer grado 4, no puede salir sola, tiene conductas de riesgo”, apareciendo también algunas características de la persona cuidadora, frecuentemente familiar, en donde se alude a un saber que sólo esa persona “porta”: “Yo lo conozco cuando precisa algo”. Esto se vincula con el debate de la insustituibilidad de algunas personas en los cuidados: según Himmelweit (2011), la remplazabilidad constituye un rasgo característico del trabajo reproductivo. Sin embargo, otras corrientes sostienen que el afecto es insustituible (Ungerson, 1990; Legarreta, 2011; Legarreta, 2008; Martín Palomo, 2008 en Carrasquer, 2013, p. 106). En el cuidado puede haber amor y trabajo (Thomas, 1993), la pregunta refiere a cómo se organiza

la provisión de los mismos, no a la exclusión de la red afectiva que en ellos está presente. Algunas posturas sostienen que sentir amor es condición necesaria para cuidar, aunque el mismo no garantiza el conocimiento exacto sobre cómo mover un cuerpo herido o cómo estimular mejor la cognición de alguien para evitar el deterioro. Lo que sin duda es necesario para el cuidado es evitar el ejercicio de la violencia y del abuso y maltrato a causa de la situación de vulnerabilidad de las personas en situación de dependencia (recordando que la familia es uno de los espacios en donde las personas mayores viven más situaciones de este tipo) (Srilin, 2008; INMUJERES México, 2019; BurrIDGE et al., 2007; Gupta, Rowe & Pillai, 2009; Zhan, 2006 en Zarzycki y Morrison, 2021, p. 650, entre otros).

Las personas mayores constituyen una población frecuentemente excluida y falta de servicios, particularmente de cuidados, ya que las incipientes políticas de cuidados existentes se encuentran altamente focalizadas y con muy bajas tasas de cobertura. Así, asumir que la familiaridad del vínculo impacta en mayores aptitudes para el cuidado reproduce en otros términos la falacia del parentesco, sosteniendo que las personas cuidadoras familiares son mejores porque “solo ellas” saben lo que sus familiares en situación de dependencia necesitan. Esto también se constituye como un sesgo del sentido común en la población que impide reconocer la necesidad de cooperar colectivamente con el cuidado de las personas mayores, evitando riesgos a causa de su desarrollo exclusivo en el ámbito familiar y privado, o individual (en los casos en los que no hay familia, ni siquiera para asistir a un examen médico con obligación de acompañante). Y, como se viene sosteniendo, impide reconocer que son las mujeres hijas quienes están realizando la mayor parte del trabajo sin herramientas o apoyos concretos.

Contrariamente a la baja presencia de las características de las personas cuidadoras y cuidadas en las razones acerca de por qué cuidan familiares o no, pero de manera no remunerada, esta dimensión es central dentro de los argumentos acerca de por qué se contratan personas cuidadoras en domicilio, como Asistentes Personales, siendo que las mismas representan casi la mitad de las respuestas codificadas (45,6%). Los aspectos más destacados dentro del contenido de dichas razones son en primer lugar la dependencia y su grado como argumento por el cual contratar a una persona en domicilio: “Porque no puedo hacer varias cosas, me cuesta mucho”, “Porque la necesita por su incapacidad motriz, la necesita para bañarse”, “Porque pesa mucho y necesitamos ayuda para levantarla y moverla”. En segundo lugar, respecto a las características de la persona cuidadora, que representaron el 16,1%, se mencionaron valoraciones positivas vinculadas al desempeño y la capacidad de ser empáticas, tener buen trato y empatía que permita comprender las necesidades de las personas que requieren cuidados: “Tiene vocación de servicio”, “Porque se desempeña muy bien”, “La trata bien, la entiende bien”, “Tiene vocación de servicio”, “La comprende”, “Porque la trata muy bien”. Y también hubo menciones relativas al desempeño como trabajadoras (11,1%): “Es su trabajo, lo que hace”, “Tiene experiencia!”, “servicio que cuida”, “Le gustan sus servicios”. De esta manera, a la hora de la contratación de Asistentes

Personales o personas cuidadoras en domicilio, las características de quienes cuidan son la principal motivación, siendo la propia dependencia la originadora de la necesidad de contar con dicho servicio domiciliario, seguido de las características que el trabajo de las cuidadoras tiene, que aparecen como argumentos válidos para la contratación. Aquí y comparativamente con el diseño del programa de Asistentes Personales, la temporalidad en el vínculo es relevante para comprender la confianza en el trabajo de las cuidadoras. Para generar confianza y sostenimiento es necesario tiempo y, a la vez, es preciso que las cuidadoras sean más de una para poder rotar y reducir los ya mencionados riesgos asociados al trabajo de cuidados.

En cuanto a la no contratación de Asistentes Personales, no uso de Centros de Día y no uso de Centros de Larga Estadía, se aprecia que las características de las personas cuidadas y cuidadoras aluden al 31,2% de las codificaciones totales en el primer caso, al 32,1% en el segundo y apenas a un 16,9% en el tercero. Respecto a por qué no se contrarían Asistentes Personales en domicilio, además de que la familia debe de ser la principal cuidadora, en segundo término, se ofrecieron como argumentos las características vinculadas a la levedad de la dependencia en el caso de las PM70dep: “Soy muy independiente”, “Estoy bien”, “En este momento no, no preciso, me valgo sola, voy y vengo”, “Aún puede sostenerse por sus propios medios”, “Si su situación cambia, lo evaluarían”. El no querer integrar personas cuidadoras por la presencia de autonomía es parte de los procesos de ejercicios de los derechos de las personas mayores, así como de su autodeterminación. No obstante, es preciso reconocer que los sistemas de cuidados no pueden basarse en la casuística respecto a la levedad o severidad de la dependencia (sí en generar políticas que contemplen las distintas necesidades según el nivel de dependencia). Garantizar el derecho al cuidado supone que la población conozca claramente cuáles son los mecanismos con los que cuenta y pueda articular sus trayectorias vitales con las políticas de cuidados. En este sentido, las cuidadoras como agentes comunitarias (inexistentes desde las políticas desarrolladas por el SNIC) constituyen un lazo importante entre los cuidados en los hogares particulares y en solitario (o con la familia) y la comunidad o los centros de cuidados. La articulación con centros de cuidados en territorio y con cuidadoras comunitarias formadas para detectar posibles desmejoras en la autonomía o satisfacción de las necesidades de las PM70dep, particularmente cuando las mismas viven solas es un aspecto positivo para otras políticas, que no se ha visto desarrollado en el contexto uruguayo (SNIC, 2020). Sumado a la levedad de la dependencia, asociada a la autodeterminación, se mencionó la desconfianza en otras personas ajenas al núcleo familiar o red de referencia. Esto explica la ausencia de la voluntad de contratar cuidadoras en domicilio: “Desconfianza de ingresar una persona desconocida al hogar”, “Desconfianza”, “No se sentiría cómoda”, “No quiere extraños”, “Roban”. Así, los aspectos relativos a la confianza o desconfianza en el tipo de servicios es clave dentro de las resistencias a la corresponsabilidad en los cuidados y central en cuanto a los aspectos culturales que el desarrollo de las políticas de cuidados debe promover y requieren de una integración a la hora de pensar y articular el tipo de

políticas públicas de cuidados que se diseñan y el papel de la familia y de la comunidad en las mismas, así como de los equipos de cuidadoras de cercanías.

En cuanto al uso de Centros de Día, un caso presente en excepcionales ocasiones, el total de las motivaciones vinculadas a la asistencia de las PM70dep a Centros de Día fueron efectivamente aquellas relativas a las características de la dependencia y su mejoría producto de la asistencia: “Para lograr mejores capacidades cognitivas”, “Para aprender”, “Sociable”. Más frecuente fue la declaración de no uso de Centros de Día, aunque los mismos fuesen gratuitos y de calidad. Entre los motivos de no uso, encontramos la severidad de la dependencia: “Porque me cuesta mucho moverme”, “Cuidados específicos requiere persona”, “Traslado es complicado”, “No tiene capacidad para ir”, “Ya no tiene ganas de hacer actividad”, “No le gusta donde hay mucha gente”, “Está antisocial”, entre otros. Mientras que la severidad de la dependencia fue una razón para contratar cuidados domiciliarios remunerados, también lo es para no usar centros de día. En este sentido, cabe reflexionar sobre la inclusión de las personas en situación de dependencia en la sociedad toda y en el importante papel que los centros diurnos, con cuidadores comunitarios pueden cumplir. Particularmente, para que la paleta de opciones de formar parte de la ciudad, la ciudadanía y lo común logre escapar de la dicotomía en casa y con la familia (más alguna cuidadora domiciliaria) o en un centro de larga estadía (institucionalización total). Además de la dependencia como una característica inhibidora del uso de centros de día, se detectó la desconfianza en las aptitudes laborales de las trabajadoras de los centros: “tratan mal a la gente”, lo cual se vincula con la extendida norma social de “evitar ir a un centro” como forma de cuidado para las personas mayores, analizada a continuación.

Por último, respecto a los centros de larga estadía, entre los motivos que aluden a la características de las personas que cuidan y cuidadas (mencionados en tercer lugar luego de las normas sociales y expectativas percibidas, así como la naturaleza de la relación, y conformando el 16,9% de los códigos) en la amplia mayoría de los casos los porqués refirieron a la dependencia (15,6%¹⁷⁴), por su levedad y por la preservación de la autodeterminación y autonomía: “Porque está lúcido y no tiene tanta dependencia”, “Porque su salud está bien”, “Porque él está consiente”, “Porque no lo estoy precisando”, “Porque no lo necesita” y por la severidad, incluso cuando en los centros pueda haber mayor conocimiento y equipos multidisciplinarios para brindar un buen cuidado, incluso mejor que el que se podría ofrecer en hogares particulares y por miembros de la familia: “Ella no tiene movilidad, camina y no es necesario que esté fuera del hogar para ser cuidada”, “No puede movilizarse”. En menor medida, rasgos del familismo aparecen como falacias respecto a que quienes cuidan son las personas más idóneas para hacerlo por tener con la persona un vínculo de alta duración y mediado por una relación de parentesco (1,3%): “Soy la persona más adecuada para cuidarla”, “Porque el cuidado afectivo que le doy yo no se lo va a dar nadie”,

¹⁷⁴ Ver Gráfico 24 en Anexos.

“Porque lo tengo que estar viendo, conozco sus necesidades, le doy calidad de vida, le pongo música, conozco sus gustos”.

Resumen. Características personales, creencias y recursos

Uso de Centros de Día	Cuidados Remunerados en domicilio	Aversión a Contratación de cuidados remunerados en domicilio	Aversión a uso de Centros de Día	Aversión a uso de Centros de Larga Estadía	Cuidados No Remunerados
100	45,6	31,3	32,1	16,9	8,5
La situación de dependencia disminuye sus procesos de deterioro a partir de compartir con otros y contar con personas cuidadoras en los centros de día.	La severidad de la dependencia requiere la contratación de personas externas al núcleo familiar o apoyos.	La levedad e incipiente dependencia no requiere de la contratación de personas externas a los apoyos familiares y comunitarios no remunerados.	La severidad de la dependencia requiere la contratación de personas externas al núcleo familiar o apoyos.	Combinación de razones vinculadas a la dependencia: por la levedad de la misma y por la severidad, ambas como motivos para no usar CLE.	La dependencia de las PM70 requiere de cuidados familiares.
	La forma de vida en solitario, requiere de la contratación de apoyo de otras personas.	Desconfianza hacia personas que no forman parte del núcleo íntimo de familiares o personas con las que se tiene una relación sostenida a lo largo del tiempo.	Desconfianza hacia personas que no forman parte del núcleo familiar y desconfianza hacia los centros de cuidados (malos tratos).	Las cuidadoras de los centros de larga estadía no cuidan como las familiares, ni conocen como ellas las necesidades de cuidados.	Las personas de la familia tienen algunas aptitudes particulares para cuidar que las hacen mejores que otras.
	La vocación de servicio, el conocimiento y la empatía de las personas cuidadoras es fundamental en la contratación del servicio.				
	Experiencia de la persona cuidadora, trato y solvencia para resolver adecuadamente situaciones complejas.				

Fuente: elaboración propia.

Es posible resumir que las personas argumentan que las características de la dependencia mejoran cuando se usa centros de larga estadía, aunque cuando la dependencia es severa, la misma es fundamento del no uso de centros de día, ni de larga estadía, aunque sí de asistentes personales en domicilio. La dependencia leve y la autodeterminación de las Personas Mayores son fundamentales para explicar por qué no se usa cuidado en domicilio, así como centros de día o de larga estadía. Finalmente, puede detectarse que la percepción de aptitudes por parte de las cuidadoras –como la empatía, capacidad de comprensión de las necesidades, tener conocimiento exacto relativo a los cuidados– fueron algunas características que explicaron por qué usar asistentes personales en domicilio. Contrariamente, la desconfianza en las cuidadoras de los centros y en domicilio por parte de algunas personas fue importante en las explicaciones acerca de por qué no se usarían centros de día o larga estadía. Finalmente, las características específicas

de las personas cuidadoras y cuidadas no tuvieron gran peso entre los argumentos sobre el cuidado no remunerado, en donde la mayoría aludió al familismo, la falacia del parentesco y la temporalidad, afectividad y reciprocidad señaladas anteriormente.

Evitar ir a un centro: cultura en las normas sociales, expectativas percibidas

La cuarta gran dimensión, particularmente relevante en el caso de los centros de larga estadía (53,6%) y de día (45,4%) aludió a las expectativas percibidas y las normas sociales como “evitar ir a un centro”. La misma tuvo menor peso, aunque estuvo presente en los argumentos acerca de por qué no se usarían Asistentes Personales (26,8%). En el caso del cuidado no remunerado provisto por familiares, cuidado domiciliario por parte de AP y de centros de día, esta dimensión fue muy escasamente mencionada (4% en el primer caso, 18,2% en el segundo y 0% en el tercero) ¹⁷⁵.

A continuación, describimos brevemente el contenido de la dimensión “normas sociales y expectativas percibidas” en el caso de los centros de día y de larga estadía¹⁷⁶, que son la principal dimensión dentro de las motivaciones para no usarlos dentro de la estrategia de cuidados. En los mismos se observan fuertes resistencias a su uso producto de un rechazo basado en la desconfianza por percepción de negligencia y descuido. Este imaginario, además, se complementa con la exaltación del familismo en los cuidados, que esconde la desigualdad de trabajo y responsabilidades entre varones y mujeres.

Dentro de las razones por las cuales no se usaría un centro de día, se encontraron como normas sociales dos aspectos centrales: la permanencia de las personas en su vivienda particular (24,3%) y evitar que la persona vaya a un centro (21,1%)¹⁷⁷. La preferencia por la permanencia en domicilio fue la más mencionada y refleja que las personas se sienten a gusto en sus casas y por ello no usarían un Centro de Día “No fuera de la casa”, “Porque se siente muy a gusto en su casa”, “Estando en su hogar está estable”, “Prefiere que sea en su hogar, más cómodo, más confianza”, “Porque está en su casa, es más libre”, “Queremos estar en casa”. Esta preferencia por el desarrollo de los cuidados y la vida cotidiana en la vivienda particular es parte de la autonomía

¹⁷⁵ Entre los argumentos acerca de por qué cuidan personas de la familia o no de manera no remunerada, las normas culturales específicas en torno al cuidado representaron un 0,2% del total (“Porque es mi hija *más chica*”) y en el caso de las expectativas sociales se encontró un 3,8% de respuestas que aluden a que la principal motivación del cuidado “evitar que la persona vaya a un centro”, como una resistencia a la externalización o uso de centros: “Lo cuido porque no quiero ponerlo en una casa de salud”, “No quiere casas de salud. No tiene otra opción de cuidado”.

¹⁷⁶ La norma social de “no introducir extraños en el ámbito doméstico a partir del cuidado” se encontró en pocas respuestas acerca de por qué no se incorporan personas cuidadoras remuneradas en domicilio, apareciendo nuevamente la desconfianza como una propiedad asociada a dicha norma: “Meter a alguien extraño no nos gusta”, “No confía en las personas ajenas al hogar”, “Sospecha de gente extraña”. En algunos casos se expresó la preferencia por servicios privados ya que la pregunta alude a la condición “gratuita y universal” del servicio: “Prefiere pagar”, “Porque yo tengo compañía privada para cuando lo necesite” (Ver Tabla 15 en Anexos).

¹⁷⁷ Ver Gráfico 19 en Anexos.

y en muchos casos proveniente de la autodeterminación: “me gusta estar en mi casa cómoda, no hay como el hogar propio”, no obstante, no necesariamente implica las mejores condiciones para cuidar y ser cuidados. La voluntad de permanecer en domicilio no representa un problema, sino que está conectada con la identidad de las personas y con las formas de vida en las sociedades actuales en donde, además, buena parte de las personas mayores viven solas. La casa es considerada un lugar seguro, de pertenencia, en donde se expresa estar a gusto, mientras que los centros de día son vistos como lugares que “no son un hogar” y de los que no se desea participar porque se prefiere permanecer en domicilio con las personas que ya se conocen: “Muy casero, no le gusta salir”, “Porque quiero estar en mi casa”.

La segunda norma en el cuidado es evitar que las personas vayan a un centro, en este caso a centros de día, porque quienes requieren cuidados y sus cuidadores desconfían de los centros: “No les tiene confianza”, “no les gustaría” (12,8% de las codificaciones). Las representaciones negativas hacia los centros de día indican la percepción extendida de la negligencia y el maltrato hacia las personas mayores (8,3%). Por tanto, lo más deseable es evitar que las personas que requieren cuidados participen de los mismos: “Porque no son de confianza”, “Porque no los tratan bien, no estoy de acuerdo”, “Son horribles”, “Tratan mal a la gente”, “No sé qué tan bien cuidarían a mi madre”, “Por seguridad en el cuidado”, “Hemos pasado malas experiencias con él y preferimos tenerlo cerca”. Por último, hay aspectos individuales en los argumentos acerca de por qué no es deseable ir a un centro de día que se vinculan tanto con la percepción negativa de los mismos como espacios de descuido, como por el hecho de que las personas están en procesos de aislamiento producto de la dependencia: “No está de acuerdo que lo cuiden otras personas ajenas al hogar, ni en un centro”, “No le gusta donde hay mucha gente”, “Ya no tiene ganas de hacer actividades”, “Está antisocial”.

Finalmente, respecto a los Centros de Larga Estadía, evitar que las PM70dep sean cuidadas en un centro es el argumento más relevante, central en la explicación las nociones de desconfianza y riesgo¹⁷⁸. Una gran parte de las razones por las que no se usarían Centros de Larga Estadía (32,1%) aludieron directamente a la preferencia del cuidado familiar por la incomodidad que sentirían en los centros de cuidados y la voluntad de permanecer con las personas próximas, de confianza: “Si la podemos mantener en familia que quede así”, “No se sentiría cómodo”, “No está de acuerdo que lo cuiden otras personas ajenas al hogar, ni en un centro”, “No le gustaría estar con más personas ancianas”, “No le gusta estar entre muchos viejos”, “Porque G* manifestó que no quiere ir a un centro de larga estadía, ni estar lejos de su hija”, “No le gustaría recibir una ayuda externa”, “Porque no es un hogar”. En otros casos se alude directamente a las “Malas experiencias en residenciales con su madre” y aparece la connotación amoral de hacer uso de este tipo de estrategias de cuidados: “Llevarla para un centro es cruel”. De hecho, una serie de expresiones hablan de los centros de cuidados de larga duración

¹⁷⁸ Ver Gráfico 22 en Anexos.

como recintos indeseables por el maltrato y la negligencia hacia las (mayoritariamente) mujeres mayores que en ellos residen. Las mismas provienen de distintos lugares, por ejemplo: “Malos tratos. Le ha tocado visitar centros y no le gusta cómo tratan a las personas”, “Son horribles, mala atención, maltrato” o de haberlo intentado y haber tenido una mala experiencia: “La saqué del geriátrico porque no la cuidaban”, “Por la experiencia que tengo de los centros de salud, cuidan mal”. Otras provienen de percepciones sobre los mismos: “Porque no son de confianza”, “Desconfianza en el trato”, por la falta de afecto o de atención personalizada: “Porque no les dan cariño, no tienen atención personalizada, el personal está por trabajo y no por gusto” y por el hecho de estar con gente desconocida: “No me gustaría ponerlo en un lugar así, con soledad, acompañados con gente desconocida”, “Son horribles”. En casos más particulares: “He trabajado ahí y sé cómo son”, “Tengo sobrinas que trabajan en los geriátricos y me han dicho que el servicio es cualquier cosa. Cuando se van los familiares cambian los tratos”, “Tratan mal a la gente”. También fue mencionado como explicación que “El personal está por trabajo y no por gusto” aludiendo indirectamente a la ausencia de calidad del cuidado cuando el mismo se organiza como trabajo, lo que recuerda el ya mencionado debate sobre cuidado como amor o cuidado como trabajo. Esto último se vincula con la explicación de que no se derivaría el cuidado en un centro “Por seguridad en el cuidado”, “Para asegurar que están bien”, aspecto que debe tutelar la familia. Refuerzan estas ideas las nociones que emergen de las mismas personas en situación de dependencia cuando declaran: “No me gustan esos lugares”, “No me gustan los hogares” o cuando sus cuidadoras/es mencionan que “No les gusta”, “No les gusta la idea”, “Porque no quiere ir a un centro”.

Un segundo componente importante dentro de la categoría “normas sociales y expectativas percibidas” es la ponderación de la permanencia en domicilio (21,5%) como una forma de evitar trasladarse a un centro de larga estadía: “En la casa se encuentra mejor”, “Prefiere que sea en el hogar, más cómodo, más cómodo, más confianza para ella”, “Preferencia por el cuidado en el hogar”, “Estamos seguros en casa”, “Prefiere estar en la casa”, “Extrañaría mucho su casa”, “Me gusta estar en mi casa cómoda, no hay como el hogar propio”, “Porque cuida su casa, en su casa tiene todas las comodidades”.

Cuadro 4. Resumen de Normas sociales y expectativas percibidas

Aversión a uso de Centros de Larga Estadía	Aversión a uso de Centros de Día	Aversión a Contratación de cuidados remunerados en domicilio
53,6%	45,4%	26,8%
Centros negligentes y malos tratos. Desconfianza. Miedo.	Permanecer en casa. Evitar terceros.	Evitar la presencia de personas ajenas al núcleo “íntimo” en los cuidados.
Permanecer en casa. Evitar terceros.	Centros negligentes y malos tratos.	Evitar servicios públicos.

Fuente: elaboración propia.

Los motivos por los que sí se integran a los cuidados a familiares y personas cuidadoras en domicilio aluden, por un lado, a las motivaciones relativas a la obligación por parentesco (falacia del parentesco); la temporalidad, reciprocidad y afecto como motivaciones para el cuidado familiar (feminizado y no reconocido en la economía formal) y, por otro, en los motivos por los cuales no se haría de otra forma, se encuentran dos principios: permanecer en casa y con la familia (aunque pueda ser el mejor como el peor cuidado y contexto para cuidar) y evitar ir a un centro (negligencia, desconfianza, inseguridad, -en donde el Estado no está presente-). Estos componentes del imaginario de los cuidados evidencian una construcción concreta de un modelo de cuidados basado en el cuidado de las mujeres de las familias y en domicilio, naturalizando las aptitudes, capacidades y posibilidades de cuidar por parte de las familias, y, por otra parte, los principios de permanencia y de evitar ir a un centro son el imaginario reinante en torno a los centros de larga estadía. Como hemos visto en la materialidad de las estrategias y también en las estrategias ideales en el apartado anterior, la posibilidad de confiar en los centros podría vincularse con la posibilidad de acceder a un tipo de cuidados que le resulte de calidad. En este sentido, el acceso a los centros de cuidados de calidad es sumamente costoso y hay un mercado segmentado, en donde unos pocos acceden a cuidados de calidad y varios acceden a cuidados informales y precarizados (Batthyány y Genta, 2020). Como se ha visto, la cultura de los cuidados conocida a través de las motivaciones para cuidar no presenta un panorama desfamiliarizador, sino por el contrario, reproduce los mandatos de “en casa y con la familia” y “evitar ir a un centro”, evidenciando una extendida cultura familiarista. No obstante, la misma se complementa de la habilitación cultural a la contratación de cuidadoras remuneradas en domicilio, recordando que buena parte de las motivaciones para que cuiden se vincularon a las necesidades de las personas con dependencia y su aversión a ir a un centro, y con una buena valoración de las características de las trabajadoras en cuanto a su trabajo emocional (empatía, comprensión, trato) como de su trabajo material (cuando se reconoce que sabe lo que está haciendo). Es posible pensar que este mayor optimismo respecto a la integración de personas cuidadoras en la estrategia (recordando que solo un 28,5% de los hogares no usaría Asistentes Personales si fuesen gratuitos, de calidad y universales) se vincule con las posibilidades reales de acceder a este tipo de cuidados, que está más precarizado y que suele asumir la forma de un vínculo entre un hogar y una persona. Como hemos visto en las características de las mujeres ocupadas en el sector de los cuidados, las mismas tienen condiciones de vida por debajo de la media de las trabajadoras, menores niveles educativos y reciben salarios muy próximos al salario mínimo. Esto, reconociendo que en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, durante el período 2015-2020, se montaron las bases de la primera formación estatal para cuidadoras en convenios con el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional¹⁷⁹. Como señalan en el informe, más de 3.733 cuidadoras recibieron un certificado de formación para noviembre de 2019 (SNIC,

¹⁷⁹ <https://www.inefop.uy/uruguay-certifica-cuidados>

2020, p. 128) lo que se constituyó en un primer mérito dentro de la trayectoria de reconocimiento en su labor. Sin embargo, las currículas son básicas, no proponen una trayectoria educativa posible y articulada para las cuidadoras, no establece perfiles de trabajo claros, por tanto, no presenta un modelo de formación para las cuidadoras. El mismo impactaría en el valor de su trabajo y en su necesario reconocimiento, a la vez que abonaría a la reducción de las brechas de género en el mercado laboral, dado que es un sector que está feminizado.

En este sentido, si el Estado, en el diamante de bienestar propuesto al principio, tiene un vértice muy pronunciado, porque tal como proponen Fraser (2000, 2015), Daly y Lewis (2011) y Tronto (2020), el Estado tiene un papel central en velar por la corresponsabilidad en los cuidados, por su garantización a la población como un derecho humano propio de las personas, una de las formas en las que podría intervenir para mejorar la economía toda y la situación de las mujeres en la sociedad, promoviendo sociedades más justas y coherentes entre sus preceptos legales y sus prácticas, podría ser el reconocimiento del trabajo de cuidados a través del fortalecimiento del desarrollo del sector y de la calidad del trabajo y de los entornos del trabajo, seguramente traería consecuencias buenas para la economía toda a mediano plazo y para la reducción de brechas de trabajo no remunerado y remunerado entre varones y mujeres.

El Estado es garante del acceso real al ejercicio de la ciudadanía, algo de lo que frecuentemente las personas mayores se ven excluidas, ya sea por las condiciones en las que la ciudad no está preparada para su recepción, ya sea porque no hay instituciones grandes (más allá del Banco de Previsión Social) en donde tengan capacidad de participar: no están dentro del mercado laboral, y en mínimos casos del sistema educativo, son quienes menos se mueven por la ciudad, la mayoría son mujeres de las que buena parte viven solas y son una población que suele expresar sentirse sola (Hernández, 2019; Berriel, 2007, entre otros).

En este contexto el desarrollo de un SNIC, que comenzó dedicando su mayor presupuesto a la estructura para el cuidado infantil, desarrolló políticas de cuidados altamente focalizadas y su articulación de los derechos de cuidados y los derechos de las personas mayores fue débil. Uno de los ejemplos más claros es el no involucramiento del SNIC en la gestión y desarrollo de centros de cuidados para personas mayores (SNIC, 2020).

Los imaginarios familistas y de evitar ir a un centro, combinados con una mayor aceptación de cuidadoras remuneradas en domicilio, presente tanto en las motivaciones acerca de por qué se cuida, así como en las estrategias ideales y la materialidad de las estrategias, parecen indicar un camino similar al transitado por Italia (Da Riot, 2010; Rogero, 2010; Rodríguez-Cabrero, 2012) y que es propio de Estados que no logran una incidencia real en el desarrollo de proyectos de cuidados en territorio y articulados con los hogares, que además incorporen la temporalidad en su diseño y planteen posibles trayectorias de cuidados, así como fomenten la especialización de las cuidadoras. Estos son familismos soportados (Saraceno y Keck,

2008), se trata de aquellos regímenes de cuidados en donde los mismos son esencialmente brindados por las familias y apenas soportados por los Estados, en lo que refiere a las pensiones por invalidez¹⁸⁰, que son un mecanismo económico de derivación de la responsabilidad del cuidado a los hogares, sin el desarrollo de un sector cuidador y de una oferta de servicios articulada en territorio para contribuir con los cuidados de esa persona. Sin embargo, las políticas de centros de día (sólo nueve en todo el país, reuniendo a menos de trescientas personas) y las de Asistentes Personales (y sus respectivos problemas de diseño) tienen rasgos de tendencia al familismo opcional, en donde se desfamiliariza parte del tiempo de cuidados. En el caso del cuidado domiciliario, al operar centralmente en domicilio puede, dependiendo de su diseño, exponer a las cuidadoras y cuidadas a algunos riesgos producto de ser una actividad realizada en un espacio privado como el hogar. A su vez, las condiciones de las viviendas pueden no ser espacios adecuados para cuidar, por lo tanto, la articulación con los centros de cercanía sería una forma de compensar algunas ausencias en cuanto a materiales de trabajo, condiciones edilicias de accesibilidad, entre otras dimensiones centrales para cuidar. En este sentido, los centros de día también desfamiliarizan parte del tiempo, pero lo hacen de manera desconectada al territorio y a otras políticas de cuidados, y esta ausencia en la delineación de trayectorias de cuidados es una muestra de que desde el Estado se sigue pensando que la familia “está ahí” ya que hay un hogar a donde volver, con alguien que estará cuidando.

El aumento de los hogares unipersonales de mujeres mayores ha tenido como respuesta un programa de teleasistencia que funciona como un botón de pánico ante un riesgo estando solos (SNIC, 2020). Frecuentemente, las personas mayores dicen no sentirse escuchadas, o que están solas o aisladas. El diseño de las políticas públicas dirigidas a mujeres mayores que viven solas en términos de cuidados ha estado ausente de la paleta de políticas para las personas mayores. El Estado ha desarrollado dos programas, en los cuales hay una tercerización del trabajo de cuidados hacia las cuidadoras (Asistentes Personales, que deben contar con el certificado de cuidadoras y estar registradas en el Registro Único de Cuidadoras del SNIC) y también hacia cooperativas de cuidados, así como hacia empresas (como es el caso de la teleasistencia) (SNIC, 2020). Las políticas se encuentran desconectadas entre sí y dirigidas a distintas poblaciones según edades, grados de dependencia y también en función de sus niveles socioeconómicos. Las políticas del sistema de cuidados no se articulan con las personas en sus territorios, además de no articularse entre sí. Como se verá más adelante, la resistencia cultural al uso de centros de día y larga estadía como formas de cuidados puede revertirse mediante el desarrollo de centros de calidad que estén articulados con cuidadoras de cercanía, que diseñen conjuntamente a las personas mayores sus trayectorias de cuidados, reconociendo las

¹⁸⁰ Ley 20.130: Es una prestación no contributiva que se abona mensualmente a personas con discapacidad, según dictamen médico expedido por BPS, y que carezcan de recursos para subvenir a sus necesidades vitales. Fuente: <https://www.bps.gub.uy/20545/pension-por-invalidez.html>

necesidades que van cambiando en el transcurso del tiempo. Esto es particularmente importante para acompañar al alto porcentaje de hogares de personas mayores que viven solas, así como a los hogares en donde no hay familiares que puedan cuidar, o donde el cuidado recaiga en una sola persona, como las hijas únicas, o hijas con hermanos/as, pero que cuidan solas.

Las representaciones culturales a través de las motivaciones dan cuenta de rasgos del modelo tradicional planteado por Hochschild (1995) y, en algunos casos, del modelo posmoderno en lo relativo a la exaltación de la capacidad para cuidar de las cuidadoras domiciliarias (en la vivienda particular), pero también la mención a motivos como el bajo costo del trabajo y su vinculación estrecha con el trabajo doméstico. En este modelo se aceptan las condiciones de mercantilización del cuidado, ante un derecho individual no garantizado por el Estado, y, a la vez, se naturaliza la ya mencionada “precarización y la disminución de los estándares de cuidado” (Hochschild, 1995, p. 338). Esto es porque en sí mismo el mercado precariza históricamente el trabajo de cuidados, colocándolo como una actividad propia de las mujeres en el marco de las familias sobre la cual no se debe profundizar en su conocimiento ni colectivizar sus costos y consecuencias (modelo neoliberal, según Tronto, 2013). El mismo es posible por una perpetuación cultural de los mandatos de género en torno al cuidado que hemos señalado en el apartado anterior sobre las estrategias ideales del cuidado y que se encuentra en varios antecedentes relativos al cuidado de las personas mayores en la región (Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 97; Borgeaud-Garciandía, 2020; OIT, 2018; Pineda Duque y Múnevar, 2020; Pineda Duque, 2018; entre otras).

Finalmente, si el modelo de cuidados fuese una demanda de “las bases hacia el Estado”, los argumentos sobre por qué se cuida o no se cuidaría (y la predisposición a usar otros formatos de cuidados alternativos al cuidado familiar) se asimilarían a la *de-familiarización*: una demanda por la participación Estatal como garante de derechos, o referencias al papel sindical en los reclamos de las condiciones laborales de las trabajadoras, comunitario y territorial como un anclaje de proximidad que permita una continuidad con el entorno. También la desfeminización de los cuidados y su justa redistribución económica cuando se mercantiliza, debería ser un aspecto central en los procesos de desfamiliarización, a fin de avanzar hacia modelos económicos con mayor igualdad de género. La desfamiliarización se basa también en la individualización de los derechos sociales independientemente de la situación familiar y facilita en el caso de servicios de asistencia social y sanitaria, el acceso a servicios externos (Saraceno y Keck, 2008; Krüger y Jiménez, 2013). Sin embargo, en la cultura, el modelo de cuidados imperante no convoca a una modificación de los roles de género, de la división sexual del trabajo, del valor que el trabajo de cuidados tiene a lo largo del curso de vida, así como tampoco brega por una redistribución de las oportunidades de acceder a un buen cuidado según clase, o tipo de hogar, sosteniendo un ideal de familia biparental con hijos de ambos, como trasfondo simbólico de la conformación de las familias en las políticas sociales.

Hasta aquí hemos visto que:

- Las motivaciones y motivos para cuidar varían según el tipo de cuidado al que se haga referencia. Esto se expresó en las variaciones que adquirió cada una de las cuatro subdimensiones de las razones por las cuales se cuida o no se hace.

- Las cuatro subdimensiones de las motivaciones para cuidar encontradas aludieron a la naturaleza de la relación entre quien cuida y quien es cuidado, a aspectos contextuales (como impedimentos económicos, o cercanía al hogar), a las características de las personas que cuidan y son cuidadas y a las normas sociales y expectativas percibidas.

- En el cuidado no remunerado (preponderantemente familiar) –la “falacia del parentesco” – se expresó en el hecho de que la principal razón por la que se cuida es por obligación filial o conyugal, siendo el cuidado familiar percibido como una moralidad ineludible. Si bien este sentido ético del cuidado en un modelo democrático de cuidados (Tronto, 2013) debería tener igual valor para todos los miembros de la sociedad, lo cual implicaría el desarrollo de una empatía colectiva, el cuidado familiar se concentra en las relaciones de parentesco. Sin embargo, los familiares no son necesariamente las personas más idóneas para cuidar, ni los hogares particulares los espacios más propicios para ello. La falacia del parentesco o el cuidado como obligación por parentesco también se acompaña de motivaciones provenientes de la calidad de la relación, el tiempo de conocimiento entre una persona y otra y los lazos de confianza. También se menciona la reciprocidad intergeneracional y la afectividad, pero en menor medida en relación con la “obligación”.

- La modalidad complementaria al cuidado familiar es el cuidado remunerado en domicilio. Respecto al mismo, dentro de las razones por las cuales se integran en la estrategia de cuidados aparece la necesidad de contar con un AP por el aumento de la dependencia de una persona, las características de las trabajadoras en cuanto al desempeño en el trabajo emocional y material de cuidados, pero también aspectos relativos a que es de bajo costo, o a su integración dentro del trabajo doméstico, entre otras formas de indicadores que hablan de un trabajo precarizado. En la mayoría de los hogares se aceptaría esta modalidad de cuidados si el Estado la ofertara de manera gratuita y de calidad. En el 28,5% de los casos en los que no se haría se trataba de un grupo en donde la levedad de la dependencia le lleva a preferir no contar con cuidadores remunerados (lo cual sugiere la percepción de una carga “aceptable” para las cuidadoras de las familias, de manera no remunerada). En segundo término, aparece la desconfianza por la intromisión de personas extrañas en el hogar y la estrategia de cuidados.

- Las modalidades de centros de día y de larga estadía son las que presentan mayores niveles de rechazo y están asociadas a dos normas sociales del cuidado: “quedarse en casa con la familia” y “evitar ir a un centro”, que son complementarias a la falacia del parentesco. Estas representaciones provienen de la experiencia directa o indirecta (a través del vínculo con otros) sobre cómo son, cómo funcionan y qué tipo de vida proponen los centros a los que tienen acceso. Por tanto, si un Sistema Nacional Integrado de Cuidados se planteara redistribuir los costos y responsabilidades del cuidado entre Estado, mercado, familia y comunidad, desarrollando trayectorias de cuidados, modelos de servicios, profesionalización de las cuidadoras, entonces debería asumir que en buena parte de la población (aquella que no accede a centros de larga estadía de calidad para personas mayores) considera que cuidar en un centro es descuidar. Además de desarrollar centros necesitaría contar con una

política de cercanía y con equipos transdisciplinarios para trabajar en territorio, estableciendo caminos entre los hogares y lo público. El trabajo sobre el entramado social para revertir las unívocas alternativas al cuidado familiar ha de ser nutrido desde el diseño, evaluación y medición de las políticas de cuidados para personas mayores. Situadas también en territorios concretos, que hacen parte del modelo de cuidados propuesto.

- La familiarización de los cuidados y su ausencia de crítica al modelo de división sexual del trabajo en ellos imperante admite reconocer que la cultura montevideana de los hogares que cuidan de PM70dep sea corresponsable. Se asocia el parentesco al mejor cuidado. La temporalidad y afectividad en el vínculo son mencionadas como motivaciones para cuidar. La mayoría de las personas continúan pensando en los cuidados como un aspecto privado y familiar, producto de la casuística, y no como modelos de desigualdad oculta, en donde a partir de la omisión de un debate sobre la redistribución del trabajo de cuidados el mismo puede ser desprovisto o provisto con grandes costos asociados a las mujeres. A la vez, obligación moral como mandato reinante impide reconocer que una parte importante de las personas mayores viven solas y pueden o no tener familia, por lo cual sus cuidados no pueden ser pensados desde una base familiar existente por parte del Estado.

- Dicha familiarización, pero con apertura hacia el modelo precarizado de cuidados remunerados en domicilio, coincide con el modelo tradicional propuesto por Hochschild (1995) y también con rasgos modelo cultural posmoderno, descrito por la autora. El SNIC en Uruguay intenta desfamiliarizar los cuidados mediante el servicio de Asistentes Personales, con dificultades en su organización como servicio y condiciones laborales, así como mediante el desarrollo de Centros de Día, pero a una escala muy pequeña y sin proponer un desarrollo sustantivo de centros de larga estadía de alta calidad públicos para personas mayores. Estos, si bien a priori son los más rechazados, son los que necesitan desarrollarse para evidenciar sus beneficios en la constitución de modelos de centros, como parte de una red de servicios que opera en el centro comunitario de personas mayores.

- En cuanto al régimen de cuidados presente en las motivaciones, aparece por un lado el familismo por defecto (asociado a la falacia del parentesco y la consecuente habilitación cultural de la ausencia del Estado en el mismo), así como algunos rasgos del familismo opcional en los imaginarios que ponderan la participación del cuidado domiciliario y que sí integraría un cuidador en domicilio del Estado si fuese gratuito y de calidad. El mismo desfamiliarizar, pero de manera parcial, momentánea y arbitraria, al cuidado perpetúa que el espacio doméstico es el espacio ideal para el mismo.

Por todo lo expuesto anteriormente, si el SNIC pretendiese desarrollar políticas de cuidados de centros de día, larga estadía, de cuidados en domicilio, pero articulados con cuidadores de cercanía, a modo de duplas de trabajo que acompañen a las personas mayores durante su envejecimiento, debería asumir la construcción de una política “a contracultura”, debido en parte a que buena parte de la población no conoce de primera mano centros de cuidados ni dispositivos que reporten confianza, que sean próximos en el territorio y con las familias y afectos y que sean de calidad en los modelos, lo cual se reflejaría en las condiciones de vida de las personas mayores en los mismos.

¿Caminos hacia la redistribución? El papel del Estado y las políticas públicas de cuidados

En tercera instancia, analizamos algunas de las expectativas expresadas por las personas informantes de la encuesta sobre el papel del Estado en el desarrollo de políticas públicas de cuidados para PM70dep a través del relevamiento de respuestas cerradas pero espontáneas¹⁸¹ acerca de qué políticas públicas de cuidados son deseables para la población. El conocimiento de las mismas permite analizar los ideales de política en relación con su desarrollo real, estableciendo si existe coherencia o no entre ellas.

Teniendo en consideración que las expresiones de representaciones de políticas públicas que el Estado debería desarrollar para cuidar posiblemente estén condicionadas por las posibilidades reales de conocer distintos formatos de cuidados y por el despliegue del SNIC, se encontró que en un 59,2% de los hogares se hizo mención a un solo tipo de políticas, mientras que en el otro 40,8% fueron mencionadas dos, tres o más combinaciones de políticas públicas ideales¹⁸². A mayor nivel socioeconómico de los hogares, mayor pluralismo en las ideas acerca de qué debería desarrollarse para cuidar (81,3% de los hogares de NSE altos mencionaron más de una política, seguidos del 58% de los medios y 35,7% de los bajos). También, que los hogares con mayores brechas de género en los cuidados mencionan más de una política que el Estado debería desarrollar en relación con aquellos hogares con PM70 con dependencia leve o severa (70,1%, más de una opción, 51% leve y 48% severa, más familistas)¹⁸³. Separadamente, la política más mencionada fue el cuidado remunerado en domicilio (54,1%), que, como hemos evidenciado, carga una fuerte connotación de género en tanto la mayoría de la población considera que son las mujeres quienes deben hacerse cargo de este tipo de trabajo. En la Encuesta de Representaciones Sociales del Cuidado de 2011, ya se encontraba una preferencia extendida por el cuidado remunerado en domicilio como una de las principales estrategias a desarrollar por parte del Estado (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). La segunda más mencionada (28,8%) fue el desarrollo de centros de cuidados de larga duración (de 24 horas), seguida de la remuneración de cuidadores familiares (26,1%), las licencias para el cuidado de PM70dep (24,3%), los centros de día (22,9%), licencias para cuidados por enfermedad (19,4%), flexibilidad horaria (12,1%) y la menos mencionada que fueron las reducciones horarias para trabajadores (5,8%). Cuando se las considera de manera agrupada¹⁸⁴, el 49,6% de las políticas propuestas aluden a los cuidados

¹⁸¹ Las políticas de cuidados fueron preguntadas de manera abierta a las informantes de la encuesta, quienes de manera espontánea mencionaron el listado que componía sus representaciones sobre las políticas que el Estado debería desarrollar para garantizar el tiempo de cuidados equivalente a una jornada laboral.

¹⁸² Ver Tabla 9 en Anexos.

¹⁸³ Ver Gráfico 17 en Anexos.

¹⁸⁴ Ver Tabla 21 en Anexos.

domiciliarios, seguidas del desarrollo de centros de día o de larga estadía (41,8%). Un 28,9% menciona licencias laborales para cuidar, otro 24,1% mencionó el pago a familiares, mientras que un 16,5% hizo alusión a reducciones horarias o flexibilidad en el trabajo.

Tabla 22. Políticas públicas mencionadas según nivel socioeconómico de los hogares con PM70dep

	Alto	Medio	Bajo	Total
Pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio	71,3	53,2	35,9	54,1
Centros de cuidado de 24 horas	50,9	23,9	22,8	28,8
Pago a familiares para la realización de tareas de cuidado	31,7	25,0	23,8	26,1
Licencias para el cuidado de personas en situación de dependencia	36,6	23,0	14,1	24,3
Centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibles, cercanos al hogar o al lugar de trabajo o estudio)	38,3	20,4	14,5	22,9
Licencias para cuidados por enfermedad	27,8	16,9	20,4	19,4
Flexibilidad horaria en el trabajo (trabajar desde la casa, horarios libres de entrada y salida)	9,8	12,3	14,3	12,1
Reducciones horarias pagas a trabajadores	7,5	3,8	12,7	5,8

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados

De manera coincidente con los ideales y la materialidad de las estrategias, cuando analizamos las respuestas brevemente según niveles socioeconómicos, se encuentra que en general en los hogares de NSE altos se mencionaron más políticas en relación con los hogares de NSE medios y bajos. A su vez, en los hogares de NSE altos un 71% mencionó cuidados domiciliarios y un 50,9% centros de larga duración, siendo porcentajes menores en ambas políticas tanto en los niveles medios (53,2% y 23,9% respectivamente) como en los bajos en donde 35,9% mencionaron cuidados domiciliarios y 22% centros de 24 horas.

Si bien es cierto que los imaginarios de políticas muestran la demanda al Estado como cuidador a través de la desfamiliarización de los cuidados (ya que no se solicita mayoritariamente la remuneración de familiares), los formatos de desfamiliarización presentes se sitúan centralmente en los domicilios, lo cual implica una dependencia de la presencia de otras personas de las familias o de la vida en solitario. Un 45,6% de las políticas mencionadas tenía como escenario exclusivo al hogar y vivienda particular de las personas mayores, mientras que un 34,1% mencionó a la vez tanto políticas que se desarrollarían en domicilio como en centros de cuidados y sólo un 13% mencionó exclusivamente a las instituciones. De manera coincidente con los ideales anteriormente analizados y con la materialidad de las estrategias, en los hogares de NSE bajos fueron más mencionadas políticas que se sitúan en la vivienda particular en relación con los hogares de NSE medios y altos (60,4%, 46% y 29,8% respectivamente) y también fueron más mencionadas en los hogares con PM70 con dependencia severa (52%) seguidos de aquellos con PM70 con dependencia leve (47,6%) y moderada (40,8%). Los hogares con NSE altos mencionan mayoritariamente (53,6%) la combinación de políticas situadas tanto en la vivienda como en los centros, mostrando un abanico más amplio de opciones que el Estado debería

disponibilizar, mientras que esto no sucede de la misma forma en los hogares de NSE medios (35,8%) y apenas son mencionadas en los hogares con NSE bajos (6,2%). El mandato de “en casa y con la familia” se presenta particularmente en los imaginarios de políticas en los hogares más pobres, en donde las condiciones de las viviendas suelen ser precarias y poco adecuadas para la tarea de cuidados, por tanto, es importante reflexionar sobre los espacios necesarios para desarrollar un buen cuidado y las formas de garantizarlos de manera equitativa a fin de garantizar el derecho al cuidado. La combinación de ambos escenarios no varía de manera importante según el máximo grado de dependencia en el hogar, aunque en aquellos con mayores tensiones, como son los que conviven con personas en situación de dependencia moderada, muestran un imaginario más amplio de políticas que el Estado podría desarrollar (36,9%). Finalmente, los centros de cuidados de día o larga estadía son proporcionalmente más mencionados en los hogares de NSE bajos (24,6%), seguidos de los altos (11,2%) y medios (10,8%) y más mencionados por hogares con PM70 con dependencia leve (14,7%) seguidos de severa (13,9%) y moderada (11%).

Tabla 23. Escenarios del cuidado y familismo en las combinaciones de políticas mencionadas en hogares con PM70dep, según niveles económicos y máximo grado de dependencia en el hogar. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Alto	Medio	Bajo	Leve	Moderada	Severa	Total
Escenarios	Vivienda particular	29,8	46	60,4	47,6	40,8	52	45,6
	Vivienda o Centros	53,6	35,8	6,2	32,9	36,9	30,6	34,1
	Centros de cuidados	11,2	10,8	24,6	14,7	11	13,9	13
	Otros	5,3	7,3	8,7	4,8	11,3	3,5	7,2
Tipo de familismo-desfamiliarización	Exclusivamente Familistas (licencias, flexibilidad horaria y remuneración a familiares)	11,4	23,1	38,6	23,9	23,5	20,7	23,2
	Ambas	49,5	41,9	11,8	35,5	41	41,8	39
	Exclusivamente Desfamiliarizadoras (Centros de día, de larga estadía y cuidados remunerados en domicilio)	39,1	34,9	49,6	40,5	35,6	37,5	37,8

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep. *En la categoría otros se mencionaron otro tipo de políticas como subvenciones de medicamentos, entre otras.

Respecto a la combinación de políticas en las respuestas, según si las mismas sitúan el cuidado como responsabilidad de las familias señalando únicamente licencias para cuidadores familiares, flexibilidad o reducción horaria o remuneración para familiares, o si contrariamente solo señalan centros de día, larga estadía o cuidados domiciliarios, como formas de externalización y alivio del cuidado, se encuentra que la mayoría mencionó ambas 39%, seguidos de un importante 37,8% que mencionó sólo políticas con algún grado de “desfamiliarización”, siendo que apenas un 23,2% aludió exclusivamente a políticas familistas como la remuneración directa o de derechos al cuidado a partir de la participación en el mercado laboral formal. Las de carácter familista fueron más mencionadas en los hogares de NSE bajos, de manera coherente

con la presencia de un mayor familismo en las estrategias ideales de los mismos. Contrariamente, los hogares de NSE altos se refirieron a políticas familistas y desfamiliarizadoras a la vez con mayor frecuencia. Si bien en las menciones de las políticas podemos encontrar tres “componentes” principales¹⁸⁵ de la conformación de las políticas públicas de cuidados ideales en la población Montevideana –el que integra al cuidado familiar y remunerado en domicilio (domésticas), otro que sitúa a las licencias, la flexibilidad y reducción horaria (por participación en el mercado laboral) y otro que hace alusión a los centros de día y larga estadía (desfamiliarizadoras en centros)–, es de interés analizar, dentro de las combinaciones totales, qué sujetos de derechos tienen las políticas de cuidados mencionadas. En un 38% de las combinaciones de políticas mencionadas, los sujetos de derecho presentes son tres: derechos de la persona en situación de dependencia (derecho individual), derecho de familiares por participar en el mercado laboral (parentesco + participación en el mercado laboral) y personas con relaciones de parentesco reconocidas por consanguineidad y ajustadas al derecho privado y la definición legal de familia, para poder cuidar de familiares PM70dep (como sería el caso de la remuneración al cuidado familiar). Una buena parte entonces, menciona a las tres poblaciones de manera combinada, sin priorizar una concepción de sujeto de derecho en la política.

Otro 37% de los hogares mencionó políticas cuyo sujeto de derecho son, efectivamente, las personas en situación de dependencia, lo cual está vinculado con la alta mención a políticas de cuidado en domicilio y algunas complementarias menciones a centros de día y larga estadía.

Solo un 5,4% de las políticas propuestas plantea exclusivamente a los familiares como sujeto de las políticas y un 1,8% alude a políticas tanto basadas en el parentesco como en la participación en el mercado laboral de las personas cuidadoras¹⁸⁶. Más allá de la clasificación de las políticas en políticas de tiempo, dinero y servicios presentes en varios antecedentes (Esquivel y Kaufmann, 2017; Rico y Robles, 2016; Genta, 2018; Batthyány y Katzkowitz, 2022), a los cuales Batthyány (2021) suma las políticas laborales y las políticas culturales, abriendo el abanico relativo a la multidimensionalidad de los cuidados, buscamos aquí clasificarlas en torno a su papel distributivo entre varones y mujeres, Estado, mercado, comunidad y familias. Batthyány (2021) sostiene que el cuidado es un derecho humano y que las políticas de incipiente construcción en la región “deben contemplar múltiples intereses que se manifiestan en las distintas etapas del ciclo de elaboración de acuerdo con la realidad y el contexto nacional” y que “[l]a actual organización social del cuidado presenta un gran desequilibrio entre los cuatro ámbitos de acceso al bienestar: Las familias el estado del mercado y la comunidad porque se basa principalmente en el trabajo no remunerado que las mujeres realizan al interior de los hogares y es estratificada socialmente (Batthyány, 2021, pp.100-101). Por tal motivo, la necesidad de que se diseñen

¹⁸⁵ En el Recuadro 3 en Anexos se encuentran detalles del análisis de componentes principales.

¹⁸⁶ Ver Tabla 22 en Anexos.

políticas públicas para reconocer, reducir y redistribuir los cuidados y promover un cambio en la división sexual del trabajo son centrales en el planteo de la autora. Dos procesos convergentes deben desarrollarse con profundidad: una distribución equitativa de la carga de trabajo entre varones y mujeres a la interna de los hogares (y fuera también) y una mayor colectivización del trabajo de cuidados que garantice la provisión pública de los mismos, disminuyendo la carga de trabajo de las familias (Batthyány, 2021). A su vez, este proceso de colectivización del trabajo necesariamente debe acompañarse de la profesionalización a partir del desarrollo de instituciones y actores públicos del cuidado, no solo para un mayor y mejor reparto del trabajo de cuidados entre las familias y el Estado sino para garantizar el acceso a cuidados de calidad. En este sentido, señalamos tres categorías mediante las cuales analizar a la política pública y su desarrollo para garantizar el bienestar y cuidado social de una manera equitativa, incluyendo a las desigualdades socioeconómicas, raciales y otros ejes de desigualdad.

- **Familistas:** Como se ha visto en la materialidad de las estrategias y el papel del Estado, todas las políticas desarrolladas se basan en el *supuesto de que la familia es la principal cuidadora* (no se desarrollan sustantivamente centros de larga estadía y el desarrollo de centros de día no alcanza a 3% de su población objetivo). Las políticas más mencionadas son el cuidado domiciliario, que también asume la presencia central de la familia y que tiene como escenario principal la vivienda de las personas. Este familismo presenta fuertes limitaciones para el desarrollo de cuidados de calidad disponibles para toda la ciudadanía puesto que naturaliza las aptitudes para el cuidado en vez de reconocer la necesidad de saberes técnicos para su realización¹⁸⁷. Sin embargo, es notoria la presencia de la demanda de la desfamiliarización de una parte del tiempo de cuidados familiar en domicilio, tratándose de un derecho de las personas en situación de dependencia. Particularmente a partir de la demanda constatada de políticas de cuidados domiciliarios.

- **Transformadoras:** Implican contemplar *en qué medida la política contribuye a modificar la división sexual del trabajo en el trabajo de cuidados*. Como se ha visto en las características del sector cuidados en apartados anteriores, el incipiente desarrollo de políticas públicas no conduce a una desfeminización del trabajo de cuidados, así como tampoco brinda condiciones laborales aceptables en términos de seguridad social, estabilidad y seguridad en el empleo y de acceso al salario o mejora de los mismos para las mujeres cuidadoras.

- **Redistributivas:** *Las políticas con potencial de redistribuir recursos y oportunidades* no fueron las más mencionadas. Una importante cantidad de personas espera que el cuidado sea en domicilio, aunque las condiciones de las viviendas puedan

¹⁸⁷ Kitwood (2003) identificó las prácticas de cuidado malignas, como intimidar, evitar a la persona, realizar actividades a un ritmo inadecuado, infantilizar, etiquetar, desautorizar, acusar, manipular, invalidar, desapoderar, imponer, interrumpir, cosificar, estigmatizar, ignorar, excluir y hacer burla, que se observan como formatos de “mala praxis” de los cuidados. Pérez Rojo, et al (2008), aplicando escalas para la identificación de maltratos en los cuidados, planteó que cuanto peor es la relación en la actualidad y menor la ayuda por parte de familiares, amigos o cuidado formal, mayor es el riesgo de maltrato. En relación con las personas que reciben cuidados se plantea que, a mayor frecuencia de comportamientos problemáticos de la persona cuidada, mayor riesgo al maltrato por parte de los cuidadores, lo que manifiesta la necesidad de ahondar en el contenido de los cuidados, en cómo se instala en los vínculos para comprender las características del cuidado. En cuanto a la población cuidadora, existe una relación significativa entre el riesgo de maltrato y la ira, el estrés asociado a la presencia de comportamientos problemáticos (Pérez Rojo, et al 2008, p. 112). Sirlin (2008) señala la ausencia de estudios de abuso y maltrato en las vejez en Uruguay, aspecto que es de relevancia para comprender las prácticas de cuidados, distinguiéndose el abuso o maltrato físico, del psicológico, financiero, el abandono, maltrato médico, la negligencia y la violencia cultural.

no ser aptas para dicha tarea, así como tampoco tienen por qué serlo los vínculos y las relaciones entre los familiares. Tanto en el caso del cuidado domiciliario como el cuidado en centros de día no impacta en redistribuir los recursos económicos con los que las personas cuentan para cuidar en el marco de sus hogares, aunque posibilitan aliviar la carga de trabajo presente en las familias, particularmente, en las mujeres de las familias. Las licencias canalizadas a través del mercado laboral y las políticas de flexibilidad o reducción horaria, si bien son importantes para la población trabajadora, no garantizan ni universalidad ni una distribución igualitaria de recursos entre las personas cuidadoras (el valor del cuidado estará sujeto al puesto de las mujeres y los varones en la estructura sociocupacional). Las mismas están sujetas a las distintas posiciones socio-ocupacionales de las personas en el mercado laboral. De este problema, también adolecen las licencias por maternidad, paternidad y parentales.

La matriz uruguaya de representaciones de las políticas públicas que el Estado debería desarrollar muestra un énfasis familista exclusivo muy inferior al presente en las estrategias de cuidados ideales, y a las prácticas en términos de tiempo de cuidados (en donde el 80% es aportado por las familias, siendo que un 28% del tiempo las PM70dep están solas y donde la comunidad aporta 2,1% del tiempo, mientras que el Estado solo 1,1%). Menciona políticas que deben remunerar el tiempo que los familiares cuidan, sea directamente o indirectamente a través de la participación en el mercado laboral (licencias, reducciones horarias) en un 23,2%, mientras que las estrategias de cuidados están ampliamente basadas en el cuidado exclusivamente familiar (69%).

En otro 37,8%, se enunciaron políticas “desfamiliarizadoras” del cuidado: una a tiempo completo en domicilio, otra a tiempo completo en un centro de día y finalmente la de centro de cuidados de 24 horas. Si bien los gradientes de desfamiliarización y de la potencialidad de estos servicios para brindar buenos cuidados es cambiante, en todos se comparte que la principal persona encargada de los cuidados no es alguien de la familia. Esto de alguna manera aliviana la carga de cuidados de las familiares, aunque no las exime completamente del mismo: cuando la Asistente Personal se retira del hogar o la persona mayor vuelve del Centro de Día, normalmente una mujer de la familia es la que continúa cuidando o la persona permanezca sola en el domicilio.

Un 28,9% mencionó políticas estrictamente familistas, como las licencias laborales para cuidar (tanto de personas en situación de dependencia como licencias por enfermedad), el 24,1% que aludió al pago por el cuidado familiar, mientras que 16,5% hizo alusión a reducciones horarias o flexibilidad en el trabajo. En estos casos, directa o indirectamente se remunera el tiempo del cuidado familiar, pero no se garantiza ni una distribución justa a la interna de los hogares entre varones y mujeres, así como tampoco que las personas sepan cómo cuidar y que los entornos estén adaptados y permitan brindar cuidados de calidad. En el caso de los centros de día, mencionados por el 22% de los hogares, permite el desarrollo de la desfamiliarización de los cuidados, atendiendo a la igual distribución de las condiciones edilicias y de la calidad del cuidado que se brinda. En el caso del 28,8% mencionó el desarrollo de centros de larga duración (24 horas), lo que implica un avance hacia la desfamiliarización y la redistribución en caso de que

fuesen universales, gratuitos y de calidad. Esto, porque como se ha visto, la calidad de la vivienda y las formas de cuidado en las diferentes familias son variables, no necesariamente informadas ni equitativas.

Es posible reconocer que las políticas planteadas en los imaginarios admiten el inicio de un camino redistributivo en el sentido de que la mayoría de la población menciona políticas de cuidados que no se basan en el cuidado familiar en mayor proporción, lo cual da la pauta de que la población integra la idea de que el Estado debe ser el principal promotor del desarrollo de servicios, que, además, tienen como principal sujeto de derechos a la población en situación de dependencia. Los resultados evidencian que la población Montevideana espera del Estado que colabore con aliviar las altas cargas de trabajo no remunerado de cuidados presentes en los hogares con PM70dep, mediante la remuneración de cuidadoras en domicilio y también mediante el desarrollo de centros de día y larga estadía, encontrándose un menor familismo en las representaciones acerca de qué es lo que el Estado debería desarrollar, en relación con encontrado en las estrategias ideales de cuidado. Esta demanda hacia el Estado es coherente si se piensa en las brechas entre el familismo exclusivo en las prácticas de cuidados y el familismo en las estrategias ideales de cuidados exclusivamente familiaristas.

Promover agentes de cuidado que acompañan y que establecen un nexo con otros servicios como los sanitarios, de vivienda, de formación, de cultura, son esenciales en una trayectoria de cuidados. Las cuidadoras de proximidad permiten comenzar un vínculo con la persona e ir evaluando y acompañando procesos de participación en centros de día, centralización del apoyo en salud, entre otros. Para ello, los servicios de cuidados buscarían acompañar las trayectorias de las necesidades de cuidados. Esto conduce a la necesidad de aumentar los tipos de servicios de cuidados, de concatenarlos, de comunicar adecuadamente sus fines y los formatos de organización del trabajo, de fomentar la creación de perfiles de cuidadoras en los currículos educativos formales que permitan especializar los tipos de cuidados y organizarlos en el territorio y con la comunidad, lo cual supone una organización a escala barrial y local (Falú, 2018; Falú y Colombo, 2022, entre otras).

Cuando se trata de un centro de larga estadía, es frecuente que alguien de la familia, hija o pareja, quede al pendiente de los exámenes médicos, la visita, la ropa, preservar algunos de sus objetos, visitar con asiduidad. La proximidad de los servicios de cuidados con los hogares de los principales cuidadores parece un aspecto a considerar en el diseño de las políticas de cuidados. Las personas familiares que participan en el cuidado de personas mayores, generalmente mujeres, que viven en centros de larga estadía, verían su carga alivianada y la posibilidad de ejercer el derecho al cuidado acentuada si los centros de cuidados fuesen territorialmente próximos.

El tipo de política y servicios de cuidado y su diseño concreto impactará de manera diferente en la desfamiliarización y familiarización, en la garantía de oportunidades en cuanto a

la calidad del cuidado (basado en información, más seguro para las cuidadoras, con mejores condiciones de empleo, menos riesgoso en la posibilidad de vivir acoso), a las condiciones edilicias para cuidar y a un buen trato en el vínculo. Las Asistentes Personales de cuatro horas diarias representan una política de alivio de tiempo para las principales cuidadoras o de compañía para las personas mayores que viven solas, de las extensas y cargadas jornadas que se han constatado en el capítulo anterior, así como se ven expuestas a trabajar en domicilios privados, y en las condiciones de las viviendas particulares, que no siempre pueden ser los escenarios más propicios para el ejercicio de un buen cuidado. Los Centros Diurnos permitirían integrar diversas profesionales del cuidado y, organizando adecuadamente el servicio, garantizar más seguridad laboral, evitando *burnouts* característicos en esta población de trabajadoras (Adkins y Lury, 2000; Blood, 2005; MacDowell, 2009; Kang, 2010, en Pineda Duque, 2014, p. 54 y Van Rompaey y Scavino, 2018)

Un importante grupo de personas con dependencia severa que recibe cuidado exclusivamente familiar expresó el rechazo a los centros de día (por falta de acceso) y de larga estadía (por percepción de abandono). La vulnerabilidad producto de la severidad de dependencia en este grupo es un motivo que genera desconfianza en otros actores, que a la vez coincide con la necesidad de descomprimir las altas cargas de cuidados que las personas que conviven con ellas tienen. Contribuir socializando el cuidado y permitiendo incorporar conocimiento y calidad del trabajo podría conducir a mejores prácticas de cuidados. Estudios cualitativos longitudinales han identificado cambios en las motivaciones para cuidar por el aumento de la dependencia, el tipo de tareas que realizan, y son diferenciadores los escenarios y la severidad de la dependencia, la estructura familiar, la proximidad geográfica con los servicios, los medios financieros para proveer cuidados, y los compromisos y objetivos laborales de las personas cuidadoras (Zarzycki y Morrison, 2021, p. 647). Los estudios de motivaciones cross-sectional (con diferencias muy grandes en la medición o definición del tipo de motivaciones) en su mayoría destacan que la cantidad de tiempo que hace que la persona está cuidando, impacta de manera importante en las motivaciones del cuidado (Zarzycki y Morrison 2021, p. 645). Las motivaciones para cuidar cambian, siendo mayormente positivas, altruistas o intrínsecas al principio y mayormente negativas o extrínsecas al final, aunque esto se cumple para algunos contextos culturales (Hsu y Shyu, 2003 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 640; Schulz, Biegel, Morycz y Visintainer, 1989 en Zarzycki y Morrison 2021, p. 640). Como se ha mencionado, la exposición a altas cargas de trabajo de cuidados implica riesgos para las cuidadoras, particularmente las informales o aquellas que ofertan su trabajo de manera individual en el mercado (Krøjer, Lehn-Christiansen y Nielsen, 2014; Maj Brit, 2017; Barling, Rogers y Kelloway, 2001, Brotheridge y Grandey, 2002; Zapf, 2002). Como se vio en las razones para cuidar, la temporalidad parece ser importante en los vínculos de cuidados, ya que da lugar al conocimiento de las personas implicadas en la situación de cuidados, así como al desarrollo de la confianza, un elemento central dentro de los imaginarios culturales acerca del cuidado. En ese sentido, el cariz fragmentado, asistencialista y desconectado

entre sí de la matriz de las políticas públicas actuales puede ser suplantado por políticas continuas o articuladas en el correr del tiempo, en territorio, que permiten generar el espacio de una temporalidad sostenida, con el fin de sostener trayectorias de cuidados relevantes para poder desfamiliarizar los cuidados. A pesar de que las políticas actuales presentan grados de desfamiliarización de los cuidados, las mismas se centran en el domicilio de las personas, lo cual por un lado permite el ejercicio al derecho a residir en la vivienda, pero sin otra opción real y posible, perpetúan un modelo familista que recarga a las mujeres dentro del ámbito doméstico y puede exponer a mayores riesgos a las mujeres trabajadoras y no garantizan necesariamente la calidad del cuidado. La contratación a cuidadoras en domicilio buena parte de las veces es informal, y las trabajadoras, monotributistas o cuentapropistas. Desde un modelo socialdemócrata, en la tipología de Esping-Andersen (1993) y en los planteos de Fraser (2015) sobre los modelos de sociedades de carácter socialista, para redistribuir los cuidados entre varones y mujeres y entre distintos sectores de la sociedad, el Estado debería no omitir su papel de garante y regulador de servicios, su papel de cuidador, para lo cual necesita desarrollar infraestructura, conocimiento y la aplicación sistemática y transversal de los cuidados como el motor central del desarrollo de la política pública. Para ello, como en un momento de la historia se debatió si el Sistema Educativo debería o no desarrollarse, siendo que dicha tarea era de las mujeres en el marco de los hogares, hoy, el debate sobre el cuidado como un elemento familiar o público requiere de un mayor desarrollo del sector público de cuidados, que es incipiente y fragmentado, mientras que el mercado aumenta su oferta como respuesta a la crisis de cuidados. En este sentido, el desarrollo de formaciones específicas, técnicas y terciarias, en cuidados, con salarios acorde y seguridad laboral para las trabajadoras, así como la regulación de los centros que están funcionando, representan pasos ineludibles en la construcción de lo que los hacedores de políticas llaman “cuarto pilar del bienestar social”. El desarrollo actual del Estado uruguayo respecto a los cuidados de las personas mayores muestra debilidad, fragilidad, focalización y fragmentación de los servicios, es francamente incipiente y es el mercado (particularmente informal) de cuidados el que sostiene el cuidado de las personas mayores, conjuntamente con las familias de manera no remunerada. En ambos casos son mujeres que están por fuera del mercado laboral o con altas carga global de trabajo que no reciben mayores apoyos públicos para cuidar. Si bien hay apoyos económicos del Estado en medicamentos, e insumos médicos y pensiones en el BPS por incapacidad que permiten contar con ingresos, los montos son muy bajos (PNUD, 2014) como para costear un centro de larga estadía o cuidados diurnos, por lo que el Estado si bien remunera parte del trabajo, no contribuye a la posibilidad concreta de desfamiliarizar los cuidados (como se evidenció en el capítulo anterior).

Hasta aquí hemos visto que:

- La mayoría (60%) de los hogares con PM70dep menciona sólo un tipo de política que el Estado debería desarrollar para cuidar, siendo los imaginarios más

estrechos que plurales y acentuándose por nivel socioeconómico: mientras que los más altos mencionan más opciones, las personas de NSE más bajos, mencionan sólo un tipo de política en mayor proporción.

- La principal política demandada para el cuidado de las PM70dep son los cuidados remunerados en domicilio, lo cual por un lado constituye un alivio para las cuidadoras principales o un apoyo para las personas mayores que viven solas, pero que no desfamiliariza completamente el cuidado ni lo ubica en un entorno donde las condiciones edilicias para cuidar sean seguras y promuevan un buen cuidado.

- Los imaginarios de políticas, sin embargo, son menos “domiciliarios” que las estrategias ideales de cuidados, en donde un 67,9% tenían como escenario único la vivienda particular, mientras que, del total de combinaciones de políticas, un 45,6% menciona tipos de políticas exclusivamente domiciliarias. En este sentido, la demanda hacia el Estado es levemente más desfamiliarizadora en combinaciones con uso de centros que las estrategias ideales del cuidado resuelto por las personas de las familias.

- Una importante característica de las demandas de políticas públicas hacia el Estado es la ubicación de las personas mayores en situación de dependencia como el sujeto de derechos de las políticas y no así a los familiares (sea que trabajen o no en el mercado laboral). Este reconocimiento de la PM70dep como el sujeto de derecho de las políticas es central en cuanto a la garantía de derechos individuales a la cual el Estado se compromete a partir del reconocimiento del cuidado como tal, y contribuye a la consideración de que la “familia tipo” no está presente en la mayoría de los arreglos familiares y de convivencia en las personas mayores. Sumado a esto, muchas, efectivamente, viven solas y pocas veces cuentan con una red de apoyo cotidiano por parte de familiares.

- Los centros de día y larga estadía fueron poco mencionados en relación con los cuidados remunerados en domicilio. Como se planteó en el apartado anterior, las razones para cuidar o no cuidar mediante la participación de distintos sectores cuidadores evidenció la presencia de dos principios que circulan como normas sociales “cuidar en casa y con la familia” y “evitar ir a un centro”. Las políticas de cuidados en centros de cuidados parecen tener ventajas en cuanto a la redistribución como a las garantías de calidad si los mismos fuesen adecuadamente regulados y contasen con personal formado y articulado en un servicio para la tarea. No obstante, es necesario considerar que, de ser desarrollados, deberían complementarse con una fuerte impronta deconstructora de las moralidades circundantes a los modelos de cuidados, que permanecen esencialmente familistas y generizadas (feminizadas).

8. REFLEXIONES FINALES

Cuidar y ser descuidadas es el lugar que la sociedad montevideana asigna hoy a las mujeres, quienes, luego de involucrarse no sólo en el mercado laboral sino en la dura tarea de criar a las niñas y niños, y de sostener el cuidado de las personas cuando enferman o necesitan apoyos, no cuentan con estrategias, públicas, colectivas, confiables y múltiples para sus cuidados durante sus vejez.

El presente trabajo buscó conocer cómo es la organización social del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana, a fin de reconocer qué modelo de bienestar y de división sexual del trabajo impera en el primer país de América Latina en desarrollar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Para ello se

estudiaron los elementos materiales y culturales a partir de fuentes de datos secundarias como censos y encuestas continuas de hogares (2006-2019) y primarias como la Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana, desarrollada durante 2019 por el Grupo de Investigación de Sociología de Género, con el apoyo de la Agencia Nacional de Innovación e Investigación a través del Fondo María Viñas (2017) y de la Secretaría del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. La misma permitió contar con información sobre la materialidad de las estrategias de las personas en situación de dependencia, lo cual implica un avance en un campo en donde los datos son escasos y presentan fuertes limitaciones a la hora de medir dependencia (Colacce et al., 2021) y de medir el uso del tiempo en los cuidados de las personas mayores (Aguirre y Ferrari, 2010; Aguirre y Scuro, 2010; Aguirre y Scavino, 2016 y 2018; Batthyány, 2015; INMUJERES, 2022). A la vez, la encuesta nutrió un análisis de contenido sobre las motivaciones para cuidar que se expresan en el caso de cada uno de los actores e instituciones que efectivamente participan del cuidado, como aquellos motivos por los cuales, al contar con un centro de día, de larga estadía o Asistente Personal, no se utilizaría dentro de la estrategia. Los mismos fueron analizados a partir de los antecedentes (Zarzycki y Morrison, 2021; Zarzycki et al., 2022; Moreno et al, 2016; entre otros). Finalmente, análisis de documentos oficiales permitieron identificar aspectos relativos a la cultura en los cuidados expresados en las estrategias de cuidados, indicadoras de la organización social de los cuidados.

El trabajo parte desde los cuidados como un punto de vista epistemológico, trayéndolos al centro de la mirada sociológica y reconociendo en los debates teóricos anteriores, al menos seis propiedades que han sido largamente discutidas. La primera alude a que los cuidados son ontológicamente relacionales, por tanto, material y culturalmente definidos en un contexto cultural dado (Walker, 2007; Tronto, 2020). A la vez, que admiten múltiples énfasis en donde la interdependencia y la ecodependencia son dos de las centrales ante las actuales crisis de los cuidados (Herrero, 2013; Puleo, 2002; Shiva y Mies, 1998; Tronto, 2020; entre otras). La identificación de los diversos acentos que pueden realizarse sobre desde dónde mirar los cuidados ha permitido situar al trabajo en el análisis del cuidado de personas entre personas (Thomas, 1993; Batthyány, 2001, 2009, 2015; Letablier, 2007; Aguirre, 2010; entre otras) y particularmente, en el dirigido hacia las personas mayores en situación de dependencia, una población creciente a nivel global que imprime nuevos desafíos para la organización social de los cuidados y el papel del Estado como garante y orquestador del bienestar social (Fraser, 2000; Daly y Lewis, 2011, entre otras). Cuando nos centramos en el cuidado entre las personas, no sólo la materialidad sino los discursos, el poder, las representaciones sociales, los ideales culturales, las motivaciones y emociones son centrales para el análisis (Hochschild, 1995; D' Oliveria Martins, 2018; Araya Umaña, 2002; Lamas, 1999; Pfau-Effinger, 2005; entre otras). En segundo lugar, si bien no todas las formas de cuidados lo son, algo que los caracteriza es el hecho de ser pragmáticamente perentorios, lo que implica admitir que sin ellos la sociedad no existe, mucho

menos, la economía de mercado (Pérez Orozco y Domínguez, 2014; Carrasquer, 2013; Tronto, 2020). Esto implica que alguien lo tiene que hacer y son las mujeres, particularmente las más vulneradas sociohistóricamente, como las mujeres más pobres, las mujeres afro y migrantes, quienes efectivamente lo hacen a muy bajo costo o sin remuneración asociada (Viveros, 2016; Lorde, 1979). De esta manera, el cuidado se basa en círculos viciosos en donde las mujeres con menos recursos cuidan a las personas de mayores recursos y a la vez se apoyan en sus redes para cuidar de sus familiares, a muy bajo costo o gratis. Esto refuerza las desigualdades entre las mujeres a nivel global y amerita la consideración entre servicio (cuando el cuidado es brindado, pero no es perentorio) y cuidados (cuando sí lo es) (Tronto, 2020; Glenn, 2010; Duffy, 2007; entre otras). En tercer lugar, se establece que los cuidados son esencialmente desgenerizados, particularmente que no son un aspecto relativo a la identidad de las mujeres *per se*, y que tampoco son equivalentes al amor: puede haber afecto, cariño y apego implicados en ellos, pero no son elementos necesarios para brindar cuidados de calidad como sí pueden serlo la empatía, el respeto y el conocimiento. Aunque las controversias respecto a la “esencia femenina y el amor” permanecen vigentes hasta la actualidad en la teoría (Waerness, 1984; Money 1995 y Stoller, 1968 en Oliva Portolés, 2005; Millet, 1995; Fraser, 2000; Butler, 2007; entre otras). Los cuidados requieren tiempo y recursos, por lo cual su materialidad, junto a la cultura (ontológicamente relacional) es una dimensión central, siendo la cuarta propiedad de los cuidados en la teoría el hecho de que materialmente son una forma de producción (Aguirre, 2009; Bock y Duden, 1985; Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Federici, 2018; Daly y Lewis, 2011; Batthyány, 2015; Domínguez Amorós, 2020; OIT, 2018; Gómez Luna, 2010), aunque, cada una será distinta según los contextos en donde se estudie y los personajes centrales de dichos contextos. Además, en quinto lugar, se identificó que el cuidado es multidimensional, multisituado y que el tiempo y la temporalidad son fundamentales en el mismo (Thomas, 1993; Hochschild, 1995 y Pfau-Effinger, 2005; Tronto, 1993, 2013). Finalmente, en sexto lugar se situó al cuidado como un derecho en el marco de las culturas occidentales actuales, lo que supone un posicionamiento normativo que establece que en las sociedades democráticas la justicia social implica un reparto equitativo de las oportunidades para elegir cuidar, poder autocuidarse y ver garantizado el derecho a los cuidados (Pautassi, 2007, 2023). Esta lista de propiedades, que constituyen el foco desde el cual se plantea el problema de investigación, no está cerrada, pero buscó situar algunos puntos de partida que constituyen la mirada epistemológica de este trabajo.

En segundo lugar, el problema sobre cómo se cuida y qué matrices culturales acompañan las formas en las que dicho trabajo se lleva adelante se vincula con los modelos de bienestar, los regímenes familistas, marcos analíticos propios y emergentes del ámbito europeo, así como las formas de organización social del cuidado, categoría más propia de América Latina, en donde se plantea la heterogeneidad profunda de situaciones en las cuales Estado, mercado, familia y comunidad se conjugan para proveer (o no) cuidados. Dentro de los primeros, se sigue el

tradicional análisis de Esping-Andersen (1993) sobre el mundo liberal del bienestar social, corporativista y socialdemócrata, que para su identificación se requiere una mirada sobre la familiarización/desfamiliarización mercantilización/desmercantilización de la producción de bienes y servicios en la sociedad. A esto, Daly y Lewis (2011) agregan la necesaria mirada de la composición de la división sexual del trabajo dentro del Estado, familia, mercado y comunidad, y Fraser (2000, 2015) llama la atención sobre la necesidad de observar los grados de redistribución, reconocimiento y representación de los distintos trabajos hechos en la sociedad. Saraceno y Keck, entre otros autores, han aplicado análisis empíricos para el caso europeo, en donde han identificado distintos tipos de familismos (por defecto, soportado, opcional y desfamiliarizado), así como Hochschild (1995) ha encontrado distintos modelos culturales del familismo (tradicional, posmoderno, moderno cálido y moderno frío). En América Latina se han conducido análisis de los modelos de bienestar, identificando regímenes Estatales productivistas, proteccionistas o mixtos (Martínez Franzoni, 2008; Filgueira, 1998, 2004). Sin embargo, la aplicación de análisis del bienestar fue cuestionada para el caso de América Latina y se introdujo el concepto de organización social del cuidado, que alude a las formas en que se combinan los distintos actores proveedores de bienestar en las prácticas concretas y situadas, que suelen ser heterogéneas y particulares en cada contexto (Faur y Pereyra, 2018; Andersen, 2006; entre otras). Para conocer cómo es la organización social del cuidado se propuso como indicador empírico a las estrategias de cuidado, entendiendo por ellas el producto del encuentro entre aspectos estructurales, de agencia y culturales, lo cual admite la consideración de racionalidades son múltiples y responden a distintas necesidades (culturales, emocionales y materiales) y los contextos, los significados y las prácticas que hacen parte de ellas son centrales en su conocimiento. Según Wallace (2002), las estrategias representan distintas dimensiones de las prácticas “económicas” de los hogares, sin limitarse a una visión “sobresocializada” de los sujetos (con fuerte impacto de la estructura o sociedad sobre el individuo) o a una mera visión de los seres humanos como “homo economicus” (Granovetter, 1985; Morgan, 1989 en Wallace, 2002, p. 278).

Se propuso entonces que las estrategias de cuidados expresadas a través del tiempo, los costos, las representaciones, los ideales y las motivaciones para cuidar son indicadores de la organización social del cuidado, cuya caracterización admite un diálogo con los modelos de bienestar y los familismos. En su estudio, se operacionalizan dos dimensiones centrales: la materialidad (tiempos, costos) y la cultura (representaciones sociales, motivaciones, ideales del cuidado).

En tercer lugar, se planteó por qué es de interés estudiar qué sucede con los cuidados en las vejez dependientes, trayendo a discusión el viejismo estructural en las sociedades actuales y la particular ausencia de las vejez en los análisis de los cuidados, siendo más frecuente el tratamiento sobre la organización social del cuidado relativa a las niñas y niños, lo cual también

se vincula con algunos rasgos mercadocéntricos de pensar a los cuidados (Grin Debert, 2013; Huenchuán, 2019; Aguirre y Scavino, 2018; Butler, 1969; Freixas, 2008, 2021; Montes de Oca, 2013; Paredes, 2022; Berriel, 2007; entre otros). En este aparado teórico se debatió la noción de dependencia y la frecuente y discriminatoria homologación de las personas mayores como “enfermas, decrépitas y dependientes”, aspecto que impide reconocer que la mayoría de ellas no está en dicha situación, sino que se encuentra relativamente aislada en la ciudad y del ejercicio pleno de ciudadanía. Por ello repasamos que las vejeces se sitúan mayoritariamente en escenarios urbanos, y que los mismos suelen contribuir a su exclusión ya que el diseño urbano, la movilidad, las infraestructuras y señaléticas suelen estar orientadas por la idea de un sujeto que no es viejo, que no es mujer, que no cuida y que no es cuidado (Falú y Colombo, 2022; Duarte, 2015 y Arévalo 1996, en Krauskopf, 2020; Scavino, 2020; Albertson Fineman, 2004). En este marco repasamos algunos debates sobre si el envejecimiento poblacional y su aceleración constituyen un espacio para la nueva definición de roles de género o contrariamente reafirman desigualdades.

Los antecedentes de investigación, permitieron identificar modelos de estrategias de cuidados en el ámbito europeo y latinoamericano. En el primer caso, se destaca a nivel de estrategias la identificación de dos arquetipos: el escandinavo y el mediterráneo, en donde en el primer caso los Estados no sólo invierten más en cuidados de las personas mayores con dependencia, sino que lo hacen desde el Estado (hay cuidadoras públicas, en centros públicos, formadas en el ámbito público), mientras que en el segundo, la inversión del Estado es escueta y los cuidados son resueltos por las familias y un mercado basado en la precarización laboral de las mujeres, particularmente, las mujeres migrantes (Da Riot, 2010; Rodríguez Cabrero, 2007; Rogero García, 2010; Romero Balsas, 2012). Estos modelos coinciden con mejores indicadores de la vida de las personas mayores para el primer caso (aunque a mayor bienestar en general para varones y mujeres en salud, economía, entre otras dimensiones, mayores son las brechas de género) y peores condiciones de vida en el caso del modelo mediterráneo. En cuanto a América Latina, las situaciones entre los países son muy heterogéneas como sus culturas y diversidad geográfica. De esta manera se situó que no es de interés en el presente trabajo comparar a Montevideo con otras ciudades de América Latina, ya que los procesos tanto culturales en general, como de desarrollo del Estado en particular son muy disímiles en la región, sino reflexionar acerca de los mismos en torno a las categorías propuestas en marco teórico, particularmente las relativas al bienestar, familismos y organización social del cuidado. En general, los antecedentes mostraron una fuerte familiarización y comunitarización del cuidado lo cual se asocia con los niveles de empleo, ingresos y educativos de los países en donde se sitúan. Esto implica que el cuidado está siendo fuertemente sostenido por las mujeres sin posibilidad de sostener otros escenarios por fuera del cuidado, ya que al ser una necesidad perentoria “ancla” a las mujeres al territorio y “ancla” las identidades al trabajo que se realiza cotidianamente, que es irrenunciable y requiere un “estar ahí”. La organización social del cuidado en los antecedentes

para América Latina muestra además un fuerte consumo de trabajo doméstico y de cuidados que plantea heterogeneidades muy fuertes en el continente más desigual del mundo, con posibilidades de acceso a servicios más allá de la contratación de cuidadoras por cuenta propia en domicilio de manera muy segmentada (CEPAL, 2020; BID, 2020; Filgueira y Martínez, 2019; Martínez Franzoni, 2008). En todos los antecedentes se reconoce que las mujeres son las principales cuidadoras y cuidadas, que las preferencias de cuidados son familistas, que las condiciones laborales y niveles educativos de las mujeres que se desempeñan como cuidadoras son malas y bajos, y que hay una extendida resistencia al uso de centros de larga estadía (Huenchuán, 2009 en Borgeaud-Garciandía, 2020, p. 63; Araujo Guimarães e Hirata, 2020, p. 97; Pineda Duque y Munévar, 2020; Faur y Martínez, 2018; Arriagada, 2020; INEGI, 2022 y CONEVAL, 2015). Finalmente, se repasaron algunas características que hacen del proceso de envejecimiento en Uruguay un proceso particular en la región, situando algunos antecedentes concretos sobre Montevideo y Área Metropolitana: se trata del segundo país más envejecido de la región y pionero en comenzar el proceso de segunda transición demográfica (Paredes, 2022; Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010; BID, 2022). Las personas mayores constituyen un grupo que tiene acceso a la protección social extendido en cuanto a la cobertura, pero cuya suficiencia presenta fuertes desigualdades según niveles económicos de la población y género, siendo particular el grupo de mujeres sin ingresos propios que aún alcanza casi un 10% de las de 65 años y más (Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017; BID, 2022). Las formas de vida cotidiana de las personas mayores presentan una particular presencia de la vida en solitario ya que cerca de un 30% de los hogares con personas mayores de 70 años y más viven solas y otro 28% en parejas (Aguirre y Scavino, 2022). Estos porcentajes son más frecuentes en hogares de niveles económicos altos, mientras que en los hogares que cuentan con menores ingresos la convivencia trigeracional, o con vecinas, amigas y otros parientes es una estrategia de vida de las personas mayores, y para el engrosamiento de los ingresos de dichos hogares. Varios antecedentes sostienen que las personas mayores se sienten solas y lo viven como un problema, a la vez que sienten miedo ante los otros y la ciudad.

Se evidenció una segregación espacial de las personas mayores con “limitaciones” en la ciudad ya que, mientras que el total de las personas mayores se acumula en los barrios de centro y este, en donde se concentran los mayores niveles económicos y la mayor cantidad de servicios, las personas mayores con “limitaciones” se acumulan en las zonas periféricas, más pobres, que coinciden con menor presencia de servicios y peor estado de las veredas, llegada y accesibilidad al transporte y vitalidad de los espacios urbanos (Nuñez, 2013).

En general, a pesar de no constituir uno de los grupos más pobres de población según ingresos, las personas mayores ven limitada su participación ciudadana en cuanto a los sistemas laborales, educativos, pero también en lo relativo a la movilidad urbana e incluso la participación

en la toma de decisiones, lo cual es particular en el caso de las cuidadoras y cuidadas, a juzgar por el desarrollo del tema en la agenda pública (PNUD, 2014; Aguirre y Scavino, 2018).

En este marco es que se plantea la pregunta de investigación introducida al principio, que se desagregó en ocho objetivos específicos, cuatro que aludieron a la materialidad y los costos de las estrategias de cuidados, y otros cuatro relativos a elementos culturales. La estrategia metodológica descrita más arriba presentó algunas fortalezas ya mencionadas, pero también debilidades, por ejemplo, las relativas al número de casos que permitieron la conducción de una tesis de carácter descriptivo y con posibilidad escueta de aperturas de variables por más de dos o tres categorías. No obstante, la amplia gama de preguntas incluidas permitió el análisis general de las dos dimensiones centrales de las estrategias: su materialidad y algunos elementos culturales en torno a ella. A continuación, es de interés repasar los principales hallazgos para cada objetivo y su vínculo con la teoría, antes de dar paso a la identificación de los principales desafíos para las políticas de cuidados de las personas mayores a partir del análisis y preguntas de investigación emergentes.

La pregunta ¿cómo es la organización social el cuidado de las personas de 70 años y más en situación de dependencia en Montevideo tras la implementación del SNIC a partir de 2015, y qué implicancias tiene en las desigualdades de género y en la distribución del bienestar social? se operativizó en una segunda pregunta: ¿cómo son las estrategias de cuidados en términos de su materialidad (tiempos y costos) y cultura (estrategias ideales de cuidado, representaciones de género en los cuidados, políticas públicas ideales y motivos y motivaciones por los cuales se cuida de la manera en que se hace) para personas de 70 años y más en situación de dependencia (en adelante, PM70dep) en Montevideo y Área Metropolitana?

Estrategias de cuidados: bienestar comprometido de las mujeres, precarizadas-focalizadas y desfamiliarizadoras-privilegiadas

En primer lugar, una definición propia de estrategias de cuidado como indicadores de la organización social del cuidado emerge de la realización del presente trabajo. Las estrategias pueden conceptualizarse como: “las prácticas cotidianas, racionales y emocionales que emergen como parte de un posicionamiento individual y colectivo en relación con acceso, más o menos equitativo a oportunidades, información, recursos y disposiciones culturales para dar respuesta a las necesidades para la supervivencia en el transcurrir del curso de vida”.

Este marco permite reconocer y situar en la materialidad y la cultura la presencia de estrategias *precarizadas-focalizadas*, de *bienestar comprometido de las mujeres* y *desfamiliarizadoras privilegiadas*.

Las *estrategias precarizadas-focalizadas* son aquellas que afectan principalmente a los

hogares de niveles socioeconómicos más bajos y a aquellos hogares con personas con dependencia severa: en ellos el cuidado de las mujeres de las familias o de la comunidad es la única opción posible ante la ausencia total de una diversidad de actores tanto en la dimensión material como cultural. En muy pocos casos el Estado participa mediante la focalización de políticas de alivio de tiempo de no más de cuatro horas diarias y la subvención de algunos servicios. No obstante, la participación del Estado no fue más allá del 4% en el total de las estrategias, y en general, la disposición de instituciones y formatos de cuidados para personas mayores es residual y menos sustantiva si se compara, por ejemplo, con el caso del cuidado de niñas y niños, para quienes hay un andamiaje institucional más extendido producto de la expansión del Sistema Educativo desde hace más de cien años. En los hogares en donde las personas presentan dependencia severa, las mujeres cuidadoras se retiran con mayor frecuencia del mercado laboral en relación con las mujeres cuidadoras de personas con dependencia leve, y de manera similar a las mujeres cuidadoras de personas mayores de 70 con dependencia moderada. A su vez, las mujeres cuidadoras presentan siempre mayores niveles de desempleo en relación con los varones cuidadores. Las estrategias precarizadas muestran una participación universal de las familias como cuidadoras, aspecto observado en las desarrolladas por hogares de niveles socioeconómicos más bajos y con personas en situación de dependencia severa. En las mismas es en donde se encuentra la menor participación de diversidad de actores, siendo cuatro: exclusivamente familia (70% y 75%), Familia y Estado (13, y 11%), Familia y Comunidad (5% y 4% y Familia y Mercado (13% y 11%, según dependencia y nivel socioeconómico). Particularmente, en las estrategias de cuidados de personas con dependencia severa se encontraron las mayores cargas de tiempo (28 horas diarias, lo que supone presencia de cuidados simultáneos), y un alto sostenimiento de la participación del cuidado de los familiares durante todo el transcurso del día. Esto puede vincularse con la inmovilidad urbana y con la “guetización de las estrategias en el hogar”. Además, en los casos de las personas con dependencia severa es donde se da una menor proporción de tiempo de cuidados aportado por mujeres de otros hogares, siendo el tiempo de cuidados de las mujeres de la familia la herramienta fundamental de sostenimiento de estas estrategias. Como se ha problematizado a lo largo del trabajo, las viviendas particulares (escenario más deseado por la población, expresado tanto en las estrategias ideales como en la expresión de las políticas de cuidados que el Estado debería desarrollar) no necesariamente ofrecen las mejores condiciones para llevar adelante cuidados, terapias, rehabilitaciones, y hasta tareas más básicas como el aseo, la alimentación, entre otras. También, se ha problematizado la distribución del conocimiento relativo a las necesidades de cuidados específicas provenientes de los distintos tipos de situaciones de dependencia, como por ejemplo saber cómo mover un cuerpo o qué acciones mejoran la vida cotidiana de personas mayores con demencias. En este sentido, la escasa y menor participación de distintos actores en las estrategias llevadas adelante en los hogares más pobres y con personas con dependencia severa sobrecarga a las mujeres de las familias (frecuentemente las hijas) con la realización de

cuidados de manera espontánea y sin muchas posibilidades (ni materiales, ni culturales) de eximirse del cuidado, aspecto que tanto los varones como el Estado logran sin mayores dificultades. Las mujeres que conviven con personas en situación de dependencia severa cuidan 15 horas diarias en promedio mientras que los varones lo hacen 7 horas, siendo que por cada hora que cuidan los varones las mujeres cuidan 2,2 (la segunda mayor brecha de género, luego de la presente en hogares con personas con dependencia moderada). En el caso de los hogares de niveles económicos más bajos, también es en donde se observa la segunda mayor brecha de género, luego de los hogares de niveles medios, y si bien producen cerca de un 0,5% del PIB para cuidar de las personas mayores, apenas pueden incurrir en gastos específicos para los cuidados, y aun así deberían ganar al menos el doble de lo que ganan para cubrir el tiempo de cuidados que brindan de manera no remunerada de personas mayores en situación de dependencia en los hogares de menores recursos económicos. Como se evidenció en el mapa de Montevideo, las estrategias precarizadas también conviven con una fuerte ausencia de servicios (incluso siendo estos ofrecidos centralmente por el mercado) ya que la oferta se acomoda a las posibilidades de los hogares con mayores ingresos, por lo cual es precisa una intervención redistributiva por parte del Estado para garantizar el acceso a servicios de cuidados por parte de toda la población (Fraser, 2000; Daly y Lewis, 2011). En este sentido, si bien el Programa de Asistentes Personales logra una mayor participación del Estado en las estrategias de cuidados precarizadas, la misma es marginal (menor a 10%) y representa un “alivio” al cuidado familiar y no un mecanismo de desfamiliarización total. En el caso de las estrategias precarizadas-focalizadas, el ideal cultural predominante es “en casa y con la familia” pero, como se evidenció, constituye parte de un proceso de preferencias adaptativas ante la ausencia de servicios públicos y diversos. Tanto los imaginarios de estrategias ideales del cuidado como de las políticas que el Estado debería desarrollar para cuidar son más estrechos en las estrategias precarizadas, que en otros tipos de estrategias en donde se menciona más de un actor. A su vez, mientras que el familismo en las estrategias ideales y en la materialidad del cuidado es coincidente en el caso de los hogares de niveles económicos bajos, en el caso de los hogares que cuidan de personas con dependencia severa, hay una distancia importante entre el tiempo que las personas de las familias cuidan y el papel más reducido que las familias tienen en las estrategias ideales de cuidados. Sin embargo, respecto a las políticas de cuidados que el Estado debería desarrollar, tanto en los hogares de niveles económicos bajos como aquellos que cuidan de personas en situación de dependencia severa se mencionaron con mayor frecuencia a las políticas desfamiliarizadoras (cuidados remunerados en domicilio, centros de día y centros de larga estadía). Esto expresa que, si bien los ideales de cuidados son familistas, las demandas hacia el Estado son redistributivas en los hogares con estrategias precarizadas. El telón de fondo de sostenimiento de estas prácticas alude a una cultura en donde la obligación por parentesco es fundamental como motivación para el cuidado familiar y la resistencia a los centros de larga estadía y de día están extendidas producto de las experiencias directas o indirectas de descuidos, negligencia o falta de acceso por parte de

la mayor parte de la población.

Las *estrategias de bienestar comprometido de las mujeres* son aquellas en donde, si bien hay mayores recursos para los cuidados y menores necesidades, como es típico de los hogares de niveles socioeconómicos medios y con personas en situación de dependencia moderada (las más extendidas en términos proporcionales en la población), son las que más desigualdad de género promueven y las más desprovistas de mecanismos redistributivos, constituyendo uno de los nodos centrales y problemáticos del bienestar en las vejez en Montevideo. En estos sectores económicos y en los hogares con personas con dependencia moderada la participación de otros actores como familiares de otros hogares y mercado (cuidadoras remuneradas en domicilio) es más frecuente que en las estrategias precarizadas, aunque el desempleo de las cuidadoras es similar. Si bien en general los hogares cuentan con más recursos para cuidar en relación con las estrategias precarizadas, las mismas se basan en una fuerte desigualdad en la participación de las mujeres de las familias que cuidan de manera no remunerada y en la participación de cuidadoras, que como se evidenció, cuentan con características de empleo precarias. Estas estrategias son las más extendidas y las más tensionadas, producto de la ausencia del cuidado del Estado a partir de políticas públicas que las integren (sólo se desarrollaron nueve centros de día en todo el país durante 2015-2020 en el SNIC) y tienen dificultades para acceder a los buenos, pero extremadamente costosos servicios del mercado. Las mujeres de las familias aquí pagan los costos de cuidar de otras mujeres en situación de dependencia a partir de su salida del mercado laboral lo cual las posiciona en una situación de dependencia en relación con otros miembros de la familia y donde el Estado está omiso.

Producto de los menores grados de dependencia, los cuidados están altamente feminizados, pero se observó una complementariedad entre hogares durante un día típico de cuidados, en donde en los horarios centrales las personas que conviven con las personas mayores en situación de dependencia moderada disminuyen levemente su participación mientras que familiares de otros hogares la aumentan, observándose cierta alternancia colaborativa entre mujeres cuidadoras no remuneradas, sin mayor participación del Estado. Los imaginarios de las estrategias ideales de cuidados son levemente más plurales que en el caso de las estrategias precarizadas y respecto a las demandas de las políticas públicas presentan de manera combinada tanto dispositivos desfamiliarizadores (centros de día, larga estadía, cuidados domiciliarios remunerados) como familiarizadores (licencias por cuidados, remuneración de familiares cuidadores) mostrando mayores necesidades de contar con cualquier tipo de apoyo en relación con las *estrategias precarizadas-focalizadas* y las privilegiadas como se especifica a continuación. El escenario central del cuidado tanto en las estrategias ideales como en la demanda de políticas públicas es la vivienda particular, lo cual amerita las mismas consideraciones realizadas anteriormente. Las estrategias de bienestar comprometido de las mujeres son las más tensionadas y las que pueden tornarse fácilmente en estrategias precarizadas productos de los

cambios que se introdujeron en la matriz de protección social uruguaya (particularmente en la seguridad de ingresos en las vejez) y en la tímida, en estos casos casi nula participación del Estado a través del incumplimiento de las garantías de acceso al derecho al cuidado.

Finalmente, las *estrategias desfamiliarizadas-privilegiadas* son aquellas que se encuentran en los hogares de niveles socioeconómicos altos, en donde participan múltiples actores en la provisión de los cuidados, se cuenta con la posibilidad de integrar cuidados profesionales y servicios principalmente desarrollados por el mercado, y en donde se encuentran las menores brechas de género en el trabajo de cuidados no remunerado. Así, la desfamiliarización que contribuye a reducir las cargas de trabajo de las mujeres de los hogares de niveles económicos altos, quienes cerca del 70% continúan sus trayectorias en el mercado laboral, constituye un privilegio de clase. La mercantilización de las estrategias de cuidados, particularmente del cuidado en domicilio, se basa en una fuerte precarización y débil remuneración de un trabajo pesado y costoso en términos físicos y de salud para las cuidadoras remuneradas que, además, han quedado por fuera de los grupos de ocupación reconocidos como trabajos forzados en la reciente reforma de la seguridad social en Uruguay. En estos hogares, no sólo se distribuye mejor el tiempo entre varones y mujeres a la interna de los hogares, producto de esta derivación hacia el mercado, sino que la pluralidad de servicios, actores y tipos de gastos que realizan diversifican las formas de cuidados atendiendo a sus múltiples dimensiones (espaciales, cognitivas, sanitarias, culturales, etc.). Esto se reflejó en la mayor combinación de sectores en las estrategias, en los tipos de gastos, pero también en la presencia de imaginarios tanto de estrategias ideales de cuidados como de políticas que el Estado debe realizar de carácter más plural. Dentro de este grupo también pueden ubicarse a los hogares que cuidan de personas en situación de dependencia leve, o a aquellas personas con dependencia leve que se cuidan solas, ya que los estadios de la dependencia permiten la autonomía y autodeterminación de las mismas.

De esta manera, la heterogeneidad de las estrategias, a pesar de la preponderancia de las *estrategias de bienestar comprometido de las mujeres* presentes en los extendidos sectores económicos medios para los cuáles el Estado no redistribuye bienestar a partir de la generación de políticas desafamiliarizadoras, universales y de calidad y para los que es difícil acceder a los servicios del mercado, muestra que la organización social de los cuidados en Montevideo y Área Metropolitana presenta desafíos comunes a todos los hogares con personas en situación de dependencia, pero diferentes según los distintos posicionamientos socioestructurales y necesidades de las personas en situación de dependencia. De esta manera, mientras que algunos hogares viven en un *familismo soportado*, como en el caso de aquellos con *estrategias precarizadas-focalizadas*, otros viven un familismo opcional como los de las *estrategias desfamiliarizadoras-privilegiadas* que permite una mayor participación ciudadana de las mujeres cuidadoras y otros en un familismo por defecto, como las *estrategias de bienestar comprometido de las mujeres* (Saraceno y Keck, 2008). A la vez, distintos modelos de división sexual del trabajo fueron encontrados en

las mimas: una división sexual del trabajo aguda en el caso de las estrategias de bienestar comprometido, moderada en las precarizadas-focalizadas y leve en las desfamiliarizadoras-privilegiadas (Daly y Lewis, 2011). Las mismas muestran un Estado ausente en las *de bienestar comprometido de las mujeres* y en las de *desfamiliarización-privilegiada*, un Estado proteccionista focalizado en el caso de las *estrategias precarizadas-focalizadas* (Martínez Franzoni, 2008; Filgueira, 1998).

Deconstrucción de las estrategias del Estado patriarcal y mercadocéntricas

En lo relativo a la materialidad, se observó qué políticas públicas de cuidados desarrolla el Estado y qué tipo de trabajo produce el mercado, encontrando un papel patriarcal del Estado, en donde la irresponsabilidad privilegiada quedó evidenciada en las magras coberturas y desarrollos de respuestas concretas a las necesidades de cuidados de las personas mayores (Tronto, 2018, 2020; Segato, 2015; Federici, 2015). Lo patriarcal del Estado en este caso es que deriva su responsabilidad y trabajo en las mujeres sin ofrecer reconocimiento, redistribución y representación del cuidado, trabajo imprescindible para el sostenimiento de la sociedad. Sin embargo, es importante reconocer el hito que supone, en el campo de la cultura, contar con una Ley 19.353 que establece explícitamente al cuidado como un derecho que debe de ser garantizado por el Estado y que, además, establece que para ello es central una modificación de la división sexual del trabajo, así como una adecuada redistribución del trabajo de cuidados en la sociedad entre Estado, mercado, familias y comunidad. A su vez, algunos de los principios rectores del SNIC son contradictorios, como la idea de “universalismo progresivo”, en tanto en todos los períodos en los que haya progresividad, no habrá universalismo. En este sentido, aquella matriz Estatal Proteccionista (Martínez Franzoni, 2008; Filgueira, 1998), que Filgueira (2004) estableciera luego como moderada y gradual, efectivamente representa para el caso de las personas mayores un conjunto de políticas focalizadas orquestadas desde la Secretaría de Cuidados, pero no existe una propuesta articulada de políticas que se reconozca en las coberturas ni en los formatos de los programas existentes. Otro rasgo del patriarcado estatal al no ejercer realmente una función redistributiva es el nivel de financiamiento, y cuya amplia mayoría de destino al desarrollo de servicios de cuidados para niñas/os, que se otorgó al SNIC, lo cual se vincula con las bajas coberturas evidenciadas en sus cuatro programas centrales el Programa de Asistentes Personales (con un recorte absoluto en su oferta ya que se dirige a personas de 80 años y más y sólo con dependencia severa), el Programa de Teleasistencia, nueva Centros de día y articulación de ELEPEM, sin desarrollo de los mismos.

Relativo al programa de Asistentes Personales, un aspecto positivo es que el mismo efectivamente vela por la desfamiliarización de los cuidados al no admitir la contratación de familiares formadas para cuidar como sucede en otros países de la región, aunque las cuatro horas

diarias que brinda (y no de manera gratuita para todos, sino a forma de copago) representan una desfamiliarización parcial y en domicilio (sin supervisión, sin modificación de las condiciones de la vivienda), constituyendo una política de “alivio” para las cuidadoras principales de personas mayores en situación de dependencia.

En el desarrollo del SNIC, se instituyó por primera vez una certificación pública que reconoce y acredita saberes presentes en la población y, si bien desde 2012 hasta ahora se evidenció un leve aumento en el número de años culminados por parte de las trabajadoras de personas mayores tanto en domicilio como en instituciones, las mismas siguen sin superar primaria completa y hasta secundaria incompleta como los niveles educativos predominantes. Los mismos están por debajo de los de la población ocupada total y no se ha trazado una trayectoria educativa posible en cuidados. En este sentido, la articulación con la Dirección General de Educación Técnico Profesional y la Universidad Tecnológica del Uruguay (UTEC) y con la Universidad de la República, junto al Instituto Nacional de Formación y Empleo, parece fundamental a la hora de definir perfiles técnico-profesionales específicos de las cuidadoras y de brindar la oportunidad de mejorar los niveles de formación y los salarios acorde a los mismos. Un estímulo a la capacitación y formación de las y los cuidadores trazando trayectorias educativas posibles y alentando a la mejora de sus magros niveles salariales sería fundamental para revertir las brechas de género en el acceso a ingresos y una experiencia original del caso uruguayo. Existen múltiples disciplinas que pueden nutrir formaciones básicas, técnicas y profesionales en cuidados como lo son las ciencias sociales, de la salud, la arquitectura, entre otras necesarias, por la multidimensionalidad y lo multisituado que son los cuidados.

Otro gran debe del Estado es la ausencia absoluta de desarrollo de propuestas de centros de larga duración y (ausencia parcial) del desarrollo de centros de día (articulados con otros programas y servicios del SNIC) del Estado. No existen modelos de servicios de cuidados propuestos (como sí los hay en el caso del cuidado de niñas/os, como los centros de atención a la infancia y la familia, CAIF), ni desarrollo del espacio fiscal para la contratación de cuidadoras contratadas directamente por el Estado, desarrollo de infraestructuras, entre otros aspectos que permitan expandir realmente las oportunidades de acceso a centros de cuidados de larga duración para la población. Dentro de los hogares consultados en la ENEC (2019), un 30% los usaría si contara con ellos de manera gratuita y de calidad. Respecto al 70% que no los usaría, es necesario notar que posiblemente nunca tuvieron acceso a ellos realmente, lo cual pueda constituir una adaptación de preferencias y que efectivamente, las representaciones sobre los centros de cuidados son negativas, siendo un deber moral “evitar que las personas mayores vayan a un centro”. Por tanto, es preciso considerar cómo se deconstruyen los ideales culturales que se han montado en base a experiencias de descuido y por la presencia de un modelo “tradicional” de cuidados (Hochschild, 1995) extendido, lo que implica intentar construir una política “a contracultura”. Este es un desafío importante para el cual los hechos (la materialidad de los centros y

su desarrollo) y los dichos (los elementos culturales disponibles), desarrollándose de manera positiva y coherente, pueden implicar una vía posible de contribución a la justicia social. No obstante, más allá de algunas organizaciones como la Red Pro Cuidados, o el Sindicato de Asistentes Personales (incipientes y de alcance limitado), los cuidados no constituyen una demanda social relevante en los movimientos sociales y sus reivindicaciones públicas por los derechos. Tronto (2020) señaló lo dificultoso que es para las personas en situación de dependencia movilizarse por sus derechos y para las trabajadoras del cuidado, ya que su ausencia en los puestos laborales para demandar derechos compromete les compromete moralmente, al dejar de cuidar para movilizarse. La ausencia de demandas sociales también se expresa en la prevalencia de una cultura familista de los cuidados, tal como fue evidenciado en el desarrollo del trabajo.

Mientras que el Estado se mantiene actuando como un “privilegiado irresponsable” (Tronto, 2018) eximido de sus responsabilidades, el mercado, ávido de nichos que engrosen la rentabilidad de sus empresas, ha avanzado sustantivamente en la diversificación de la oferta de cuidados de las personas mayores, generando servicios fuertemente segmentados: centros de alta calidad para quienes pueden acceder a ellos y cuidado domiciliario precarizado u organizado en servicios que remuneran de manera muy básica por un trabajo muy pesado a las trabajadoras (Pineda Duque, 2018). Como se ha evidenciado en las características laborales de las cuidadoras, esta nueva idea de economía en torno a las personas mayores, en el caso de los cuidados, se asienta sobre el trabajo precarizado de mujeres mayores, de menores niveles educativos, ingresos y peores condiciones laborales respecto a otros/as trabajadores en la ciudad. Estas mujeres, que encuentran en el cuidado acceso a un ingreso son las que posiblemente no llegan a reunir las condiciones para acceder a una pensión o jubilación y quienes, en la reciente reforma de la Seguridad Social quedaron por fuera del acceso a un causal anticipado, negándose por parte del Estado y los gobernadores toda la evidencia que muestra que este trabajo conduce a riesgos y deterioro en la salud física y mental muy severos y particulares en este tipo de ocupación (Aguirre y Scavino, 2022). Además, se ha evidenciado que el mercado no distribuye las oportunidades de acceso por ejemplo a los centros de larga estadía a nivel territorial, aumentando los niveles de segregación urbana evidenciados en el caso de las personas mayores en situación de dependencia, dado que la mayor parte de los habilitados por el Ministerio de Salud Pública se encuentran en el Centro y Este de la ciudad.

En general, es posible establecer que las estrategias de cuidados en Montevideo y Área Metropolitana presentan rasgos del modelo mediterráneo (Da Riot, 2010; Rogero García, 2010; Rodríguez Cabrero, 2011; entre otros), en donde ante el aumento de la proporción de las personas que viven solas, así como de las presiones sobre las mujeres de las familias para cuidar, la ausencia del Estado es compensada con el uso de servicios de cuidados provistos por el mercado, que, como se ha mostrado, produce trabajo precario para las mujeres cuidadoras, lo

cual contribuye a las desigualdades de género en la autonomía económica. La principal estrategia complementaria al cuidado realizado por las mujeres de las familias es entonces la contratación de una cuidadora en domicilio, con las carencias de un modelo individualizante y “asistencialista” tanto cuando se oferta desde el mercado, como en los pocos casos que es provisto por el Estado a partir del Programa de Asistentes Personales.

Tal como señalaron autoras latinoamericanas (Faur y Pereyra, 2018; Araujo Guimarães e Hirata, 2020; Batthyány y Genta, 2020; Perrotta, 2020; Grin Debert, 2016; Pineda Duque y Múnevar, 2020; entre otras), el diamante de bienestar es un modelo teórico que no refleja las características del bienestar: ni por diamante y el supuesto equilibrio del peso de cada una de sus aristas, ni por bienestar, ya que el papel redistributivo y de provisión de servicios por parte del Estado está puesto en duda en varios países latinoamericanos. Contrariamente a un ideal equilibrado de la participación de Estado, mercado, familias y comunidad, las estrategias y su materialidad variaron significativamente según niveles económicos y grados de dependencia de las personas mayores de 70 y más con necesidades de cuidados. Desde una perspectiva como la asumida por Fraser (2000, 2015), el Estado tiene un papel fundamental entre los distintos actores, con responsabilidades superiores a otros sectores, provenientes de los pactos sociales que le otorgan el poder de velar por los derechos de la ciudadanía. En este sentido, la ausencia del Estado en las garantías reales del derecho al cuidado se observan en la ausencia de formación de personas técnicas y profesionales para las distintas necesidades de cuidados, en la generación de infraestructuras adecuadas para el cuidado que permitan democratizar el acceso a hábitats propicios ante distintas necesidades de cuidados, en la articulación interinstitucional, en la provisión de ingresos básicos para el acceso a insumos centrales para el cuidado (medicinas, equipamiento, terapias específicas que mejoren la calidad de vida), en la ausencia de servicios en las zonas del territorio donde se presentan menores ingresos. En una sociedad aún clasemedista, la brutal ausencia de servicios por la focalización de los mismos es un indicador claro de la falta de capacidad del Estado en democratizar derechos.

Ante esta situación, son las mujeres, el trabajo no remunerado que pueden brindar, con los conocimientos desigualmente distribuidos con los que cuentan, quienes intentan sostener la vida de las personas que requieren cuidados, a costas de su propia autonomía. En el análisis de la participación y distribución del tiempo de trabajo de cuidados entre Estado, mercado, comunidad y familia, y entre varones y mujeres, se encontró que las mujeres son las principales cuidadoras y cuidadas en todos los casos. Se trata de mujeres que han pasado las etapas reproductivas y que cuidan de otras mujeres más viejas que ellas, frecuentemente sus madres, aunque se involucran en el cuidado desde distintas posiciones sociales: como sobrinas, nietas, amigas, vecinas, cuidadoras remuneradas. Sin embargo, cuando los varones cuidan lo hacen casi exclusivamente si se trata de sus madres o padres o de sus parejas, siendo más “parroquialistas” en los cuidados y menos cuidadores en general, lo cual representa limitaciones al desarrollo de

un modelo de “cuidador universal” que permita una distribución más justa del trabajo (Tronto, 2013, 2020; Gilligan, 1982; Fraser, 2000, 2015). Mientras que en las estrategias de cuidado niñas/os el desempleo o subempleo es una problemática para las mujeres producto del momento del curso de vida y la tensión con el involucramiento con el mercado laboral, en las estrategias de cuidados de las vejeces las mujeres y varones cuidadores en buena medida trabajan o son jubiladas o pensionistas, siendo el problema central la sobrecarga de trabajo que se observa en relación con tiempo que invierten en cuidar, así como a los recursos con los que cuentan (información, conocimiento, capacidad física para llevarlos adelante, infraestructura adecuada, dinero, participación de otras personas). Los recursos se distribuyen de manera inequitativa por nivel socioeconómico, pero también según el tipo de situación de dependencia, siendo que cuando se considera la pluralidad de actores que efectivamente participan en las estrategias de cuidados, quienes tienen sólo uno, las menos nutridas, son las de sectores socioeconómicos bajos y las de personas en situación de dependencia severa. No obstante, es en los sectores económicos medios, los más extendidos y los hogares con personas en situación de dependencia, en donde las mujeres de las familias son las principales sostenedoras del cuidado, sin capacidad de acceder a las políticas del Estado y a los servicios de mediana o alta calidad del mercado. Esto también sucede en los hogares con personas en situación de dependencia severa, en donde, si bien hay una mayor participación del sector estatal, la desconfianza en otros actores (comunitarios y mercantiles principalmente), reduce el cuidado a la “seguridad” de la familia, algo que se expresa de manera clara en las motivaciones para no tercerizar cuidados.

Respecto a los ritmos y niveles de participación en términos de la proporción de tiempo dedicado a los cuidados durante un día típico de cuidados, se encontró que en los hogares con PM70 con dependencia severa hay una alta participación del cuidado de familiares que se sostiene relativamente estable durante todo el día. En los hogares con dependencia moderada, hay menor proporción de tiempo familiar en relación con los hogares con personas con dependencia severa y se observan declives en la participación durante los horarios centrales. Las personas con dependencia leve pasan más tiempo solas y sus principales cuidadores se ausentan en horarios laborales y de oficinas públicas. No obstante, en el caso de los hogares con personas con dependencia moderada, los miembros de otros hogares cuidan en los horarios centrales, estableciéndose estrategias complementarias entre mujeres de distintos hogares para resolver el cuidado. Las personas en situación de dependencia pasan tiempo solas, esto no es un problema, sino un derecho del que pueden gozar en mayor proporción las personas de 70 años y más en situación de dependencia cuando la misma es leve, disminuyendo cuando se trata de dependencia moderada y cayendo a valores más próximos a 0 cuando la misma es severa. Estas fluctuaciones, así como los cambios en las necesidades a partir de los cambios en las dependencias, son tenidas en cuenta por la política pública que no propone trayectorias y transiciones de cuidados, sino modelos de programas aislados y correspondientes a poblaciones específicas y focalizadas. No

hay flexibilidad en los modelos de las políticas propuestas y ni figuras de cercanía que articulen los servicios desarrollados por el Estado.

La ausencia del Estado y de los varones en los cuidados de las personas mayores se evidencia cuando se observa que las mujeres aportan el 75% del tiempo de cuidados total de PM70dep. El 99,5% del cuidado cuando el mismo es remunerado y un 70% del tiempo cuando es no remunerado. Las cargas de trabajo de las mujeres se incrementan de manera lineal conforme lo hace la dependencia, siendo esta última particularmente alta y necesitando de cuidados en simultáneo con mayor frecuencia en relación con los cuidados de personas en situación de dependencia moderada y leve. Como se mencionó anteriormente, los hogares y las mujeres y varones más ricos en términos económicos cuidan menos tiempo y logran orquestar la participación de distintos actores. No sólo tienen una materialidad más diversa y repartida, sino ideales de cuidados y representaciones de políticas más plurales y nutridos en relación con los sectores medios y sobre todo a los sectores bajos en donde materialidad y cultura son unívocos: “las mujeres de las familias”. Es decir, cuentan con imaginarios del cuidado más estrechos, tanto como lo son las prácticas que logran llevar adelante, por falta de recursos y de presencia del Estado. Las cargas de trabajo de los hogares con PM70dep son más altas cuando los hogares son más pobres, lo que se vincula con los determinantes sociales de la salud y con un menor acceso a mecanismos de redistribución del tiempo de cuidados, y es en estos sectores en donde la esperanza de vida es menor: cuidan más y mueren antes, siendo auténticas vejez descuidadas y un desafío democrático central.

Las cargas de cuidados aumentan conforme lo hace la dependencia y disminuyen conforme lo hacen los niveles socioeconómicos, pero no así las brechas de género, que están profundizadas en los tensionados sectores económicos medios (para los que no hay Estado y el acceso al mercado es restringido) y para los hogares con dependencia moderada, que tienen mayores demandas de tiempo y saberes para cuidar, pero para los cuales las políticas de cuidados brillan por su ausencia.

La ausencia del Estado en los cuidados de las personas con dependencia moderada supone la ausencia de mecanismos democráticos para prevenir, prepararse para o revertir la severidad, lo cual, como se mostró, afecta centralmente a las poblaciones de niveles socioeconómicos medios. En este sentido, en el planteo de Daly y Lewis (2011), a nivel micro encontramos una heterogeneidad en la división sexual del trabajo producto de la focalización de las políticas del Estado y de los recursos privados con los que los hogares cuentan para cuidar. Cuando la dependencia no implica mayor cuidado y cuando contrariamente, la severidad es tal que no cuidar sería un acto de negligencia, los varones se involucran más en el cuidado de sus madres y parejas.

Las deudas de la sociedad con las mujeres montevidéanas que cuidan de PM70dep alcanzan cerca de un 1,5% del PIB, mucho más que lo que se ha dispuesto para el despliegue del

SNIC por año. A su vez, este valor está subestimado, ya que se toma como referencias un valor económico impuesto por el mercado, que como se ha explicitado presenta fuertes sesgos de género a la hora de valorizar económicamente el trabajo de cuidados en el juego de la “oferta y demanda”.

Si se considera el tiempo de trabajo no remunerado que las mujeres invierten en cuidar y los gastos específicos realizados por los hogares para el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, entonces la deuda con las mujeres y personas cuidadoras por parte de la sociedad es amplia y está más estratificada. Mientras que en promedio, los hogares con PM70dep deberían ganar 1,7 veces más de sus ingresos si quisieran tercerizar al costo del mercado el cuidado que realizan y los gastos específicos de cuidados, en el caso de los hogares de niveles socioeconómicos bajos deberían ganar 2 veces lo que ganan, los medios 1,6 y los altos 1,4. De manera coincidente con estrategias más plurales desarrolladas por los hogares de niveles socioeconómicos altos, se observa una mayor diversificación de los gastos específicos en cuidados, resaltando particularmente la contratación de terapias, en los hogares de niveles socioeconómicos altos, en relación con los sectores medios y bajos, quienes invierten más en medicamentos y en reformas edilicias y alimentación.

La heterogeneidad presente en las estrategias de cuidados, en una población frecuentemente “anclada” al territorio, presenta escenarios en donde la organización del cuidado es muy distinta y ante los cuales el Estado presenta un fuerte vacío: tanto en su reconocimiento como en la generación de estrategias articuladas para contribuir al diseño de un sistema de cuidados que aborde la necesidad de equiparar el acceso a servicios, el conocimiento de los mismos, aumentar los niveles de profesionalización del trabajo y disminuir las extremadamente altas cargas de trabajo no remunerado de las mujeres para el cuidado de las personas mayores (que alcanza 20 horas diarias en promedio, ante unas 15 provistas por los varones, brecha acentuada en los sectores medios en donde por cada tres horas que cuidan las mujeres los varones solo cuidan 1).

Esta materialidad de los cuidados se acompaña de ideales en general tradicionales del cuidado y en motivaciones para cuidar que reflejan “culturas” del cuidado segmentadas según la dependencia y los niveles económicos de los hogares, aunque en general se encuentra muy marcadamente la presencia del modelo “en casa y con la familia” (Moreno et al., 2016) y “evitar ir a un centro” (Grin Debert, 2016) como los arquetipos culturales más frecuentes.

Sin embargo, nuevamente la heterogeneidad imprime mayor pluralismo en el caso de los sectores de la sociedad montevideana que acceden efectivamente a servicios múltiples, como son los sectores económicos más altos, que enuncian más actores participando de las estrategias ideales (incluso instituciones como centros de día y larga estadía) en relación con los sectores medios y bajos que son más marcadamente familistas y de imaginarios que se van estrechando a

medida que lo hacen las condiciones socioeconómicas y por ende la auténtica exposición a la posibilidad de cuidar de manera colaborativa entre distintos sectores que proveen servicios. Como ya mostraron Batthyány, Genta y Perrotta (2012), a menor nivel socioeconómico de los hogares, hay una mayor predominancia de los ideales familistas de los cuidados en relación con los hogares de NSE medios y altos, en donde los ideales son más integradores de la desfamiliarización y de la combinación de familia y otros servicios. No obstante, y quizá debido al tipo de muestra (hogares particulares), las viviendas fueron los escenarios de las estrategias ideales por excelencia, aunque de manera muy extendida en los hogares de NSE bajos y con presencia de personas mayores con dependencia severa (en este caso, quienes ya hubiesen tercerizado la estrategia en un centro de cuidados quedaron por fuera de la muestra). En general, las prácticas y los ideales de cuidados son ampliamente familiaristas y familistas, pero, mientras que en los hogares de niveles económicos bajos no hay una gran distancia entre ambos, en los niveles medios y altos las prácticas son más familistas que los ideales en torno al cuidado, visualizándose cierta apertura hacia nuevos modelos de cuidados posibles y, en los sectores medios, una insatisfacción de demanda respecto a formatos posibles de cuidados compartidos con el Estado, la comunidad o, la imposibilidad de acceder a los servicios del mercado. Como es de suponer, quienes más ideales desfamiliarizadores del cuidado tienen son quienes logran repartir mejor el trabajo entre varones y mujeres a la interna de los hogares, lo que requiere del ya mencionado aporte al sector cuidados y mejoras salariales, para revertir los círculos viciosos del cuidado que derivan el trabajo de cuidados hacia mujeres con bajos niveles salariales y condiciones laborales precarizadas. Un círculo virtuoso supondría contar con servicios y políticas de cuidados para personas mayores definidas conjuntamente con ellas y con las personas cuidadoras, con infraestructuras adecuadas, democráticamente distribuidas en los territorio, próximas y articuladas entre sí, previendo los cambios de las necesidades enmarcadas en una temporalidad, en una trayectoria de cuidados, con trabajo de calidad (formación adecuada y específica, salarios acordes, rotación para prevención de *burnout*, trabajo en equipos, supervisión y sostén de las cuidadoras, evaluación, monitoreo y educación permanente). El desarrollo de SNIC y su articulación idónea con otros sectores como el Sanitario, Educativo, el sistema de jubilaciones y pensiones, a la larga contribuiría a la reducción de la brecha salarial en general de las mujeres en el mercado laboral. No obstante, es preciso considerar que para lograr cuidados con igualdad es necesario avanzar hacia sistemas combinados que permitan la seguridad de ingresos para toda la población (de manera tal que no sea la participación en el mercado laboral la que mediante el salario o jubilación permita el acceso a un mínimo de ingresos), lo cual conduce a un debate sobre renta básica universal. Y que las estimaciones del trabajo no remunerado, al tomar el valor del mercado no presentan buenas orientaciones para presupuestar los costos de desarrollo de los SNIC. Contrariamente, es posible sostener que es necesario imaginar servicios y realizar estimaciones de costos acorde al desarrollo de los mismos para garantizar los derechos al cuidado.

La generización del cuidado en los elementos culturales de las estrategias se expresó en las representaciones sobre el cuidado, siendo particularmente alta la generización del cuidado domiciliario. Se sostienen una esencialización de género en los cuidados que indica imaginarios relativos a un conocimiento innato por parte de las mujeres y un imaginario cultural que indica que el deber ser de las mismas está colocado en ámbito de los cuidados y no en el ámbito público (laboral, político, cultural) y que se expande desde el ámbito doméstico hacia el ámbito laboral, siendo portado en la subjetividad de las mujeres ante la mirada de toda la sociedad (Murillo, 1996).

Finalmente, los motivos y motivaciones para cuidar muestran el carácter de la cultura de los cuidados y su heterogeneidad según el “campo” o tipo de cuidados del que se trate (Thomas, 1993; Pfau-Effinger, 2005). La naturaleza de la relación entre quien cuida y quien es cuidado es fundamental en el ámbito del trabajo no remunerado de cuidados en domicilio, en donde la principal identidad social de las personas cuidadas y cuidadoras está colocada en el parentesco. La “falacia del parentesco” para explicar el tipo de cuidado llevado adelante como el mejor cuidado, así como la obligación moral asociado al mismo, fueron mecanismos discursivos encontrados. Los mismos, extendidos en el imaginario montevideano sobre los cuidados dificultan recordar que buena parte de las personas mayores viven solas, quizá no cuenta con familiares y olvidar con mayor facilidad otros descuidos como los malos tratos o la violencia intrafamiliar, o simplemente las personas mayores que están en situación de calle, ante las cuales difícilmente alguien esté sintiendo una “obligación moral” de cuidar. Este imaginario es un escollo para una democracia cuidadora (Tronto, 2013). Además, el mismo contribuye al oscurantismo respecto a la necesidad de contar con saberes técnicos y espacios idóneos para el cuidado, sin la exclusión de la familia que ciertamente puede estar ligada por los afectos, la temporalidad compartida, la confianza y la reciprocidad entre las personas. No se trata de dos modelos excluyentes sino complementarios si se piensan en una lógica de proximidad territorial y de articulación de formatos de cuidados.

Como evidenciaron las estrategias de cuidados en su dimensión material, el mercado es la modalidad complementaria al cuidado familiar, de manera fuertemente segmentada según nivel socioeconómico. Muy particularmente el cuidado en domicilio, ya que la resistencia a usar centros como parte de la estrategia de vio muy extendida. Respecto al mismo, dentro de las razones por las cuales se integra a cuidadoras remuneradas en domicilio en la estrategia de cuidados aparece la necesidad de contar con un AP por el aumento de la dependencia de una persona, las características de las trabajadoras en cuanto al desempeño en el trabajo emocional y material de cuidados, pero también aspectos relativos a que es de bajo costo, o a su integración dentro del trabajo doméstico, entre otras formas de indicadores que hablan de un trabajo precarizado. En la mayoría de los hogares se aceptaría esta modalidad de cuidados si el Estado la ofertara de manera gratuita y de calidad, lo cual supone una reflexión sobre el carácter

redistributivo de esta forma de políticas, ya que no posibilita la homogenización de las condiciones para cuidar, pero sí la autodeterminación de las personas mayores para permanecer en domicilio. ¿Cómo sería posible desfamiliarizar el cuidado totalmente en domicilio? ¿Es posible? En el 28,5% de los casos en los que no se haría se trataba de un grupo en donde la levedad de la dependencia le lleva a preferir no contar con cuidadores remunerados (lo cual sugiere la percepción de una carga “aceptable” para las cuidadoras de las familias, de manera no remunerada). En segundo término, aparece la desconfianza por la intromisión de personas extrañas en el hogar y la estrategia de cuidados.

Las modalidades de centros de día y de larga estadía, como ya se mencionó son fuertemente resistidas, lo cual aparece en las motivaciones para cuidar de mano propia que expresan que son lugares negligentes, de descuido, indeseables. La familiarización de los cuidados y su ausencia de crítica al modelo de división sexual del trabajo en ellos imperante, admite reconocer que la cultura montevideana de los hogares que cuidan de PM70dep sea corresponsable. Contrariamente, la mayoría de las personas continúan pensando en los cuidados como un aspecto privado y familiar, producto de la casuística, y no como modelos de desigualdad oculta, en donde a partir de la omisión de un debate sobre la redistribución del trabajo de cuidados y la responsabilización colectiva por saber de él, los cuidados permanecen sobrecargando a las mujeres de las familias que hacen lo que pueden con las herramientas que tienen a disposición.

Como ya fuese dicho, el familismo cultural en los cuidados, pero con apertura hacia el modelo de cuidados remunerados en domicilio precarizado, coincide con el modelo tradicional propuesto por Hochschild (1995) y también con rasgos del posmoderno. El SNIC en Uruguay intenta desfamiliarizar los cuidados mediante el servicio de Asistentes Personales con dificultades en su organización como servicio y condiciones laborales, así como mediante el desarrollo de Centros de Día, pero a una escala muy pequeña y sin proponer un desarrollo sustantivo de centros de larga estadía de alta calidad públicos para personas mayores. Estos, si bien a priori son los más rechazados, son los que necesitan desarrollarse para evidenciar sus beneficios en la constitución de modelos de centros, como parte de una red de servicios que opera en el centro comunitario de personas mayores.

En cuanto al régimen de cuidados presente en las motivaciones, aparece por un lado el familismo por defecto (asociado a la falacia del parentesco y la consecuente habilitación cultural de la ausencia del Estado en el mismo), así como algunos rasgos del familismo opcional en los imaginarios que ponderan la participación del cuidado domiciliario y que sí integraría un cuidador en domicilio del Estado si fuese gratuito y de calidad. El mismo desfamiliarizar, pero de manera parcial, momentánea y arbitraria al cuidado perpetúa que el espacio doméstico es el espacio ideal para el mismo (Saraceno y Keck, 2008).

De esta manera los desafíos para las desigualdades de género en las vejez, en un contexto de constricción del papel del Estado en los cuidados y de una reforma de la seguridad social que deja como saldo una exclusión de las trabajadoras domésticas y cuidadoras dentro de las ocupaciones con derecho a retiro anticipado y que expande las trayectorias laborales sin dar respuesta ni hacer mención al trabajo remunerado que se realiza por fuera del mercado de empleo, y que a su vez lo sustenta, los escenarios para una mayor equidad social son desafiantes.

En este sentido, las mujeres son quienes están cuidando de las personas mayores con recursos muy distintos según niveles socioeconómicos y según los niveles de dependencia de las personas mayores y con una moralidad generalizada sobre ellas que difícilmente les permite quitar el cuerpo de manera tan extendida como en el caso de los varones, quienes cuidan muy poco o no cuidan sin mayores problemas morales asociados a esto. En este sentido, la falacia del familismo y la obligación por parentesco oculta una fuerte desigualdad de género en cuanto a quiénes se hacen cargo de sostener la vida de las personas que el mercado y la ciudad hecha para el mercado insisten en excluir y cuya existencia insisten en negar, hasta que se tornen un negocio rentable (Troto, 2020; Federici, 2018).

De círculos viciosos a círculos virtuosos

Los desafíos que enfrenta el Estado en Uruguay a partir de la observación de las estrategias de cuidados que mostraron fuertes heterogeneidades en la organización social de los cuidados según los niveles de dependencia y los recursos económicos, materiales y culturales con los que las personas cuentan para cuidar son múltiples.

Por un lado, la asunción de las características del cuidado ya mencionadas al principio, pero en donde la temporalidad como la articuladora de trayectorias de los modelos de políticas propuestas parece central y fuertemente olvidada. El Estado ha generado las típicas políticas parciales, con criterios excluyentes según edad, nivel económico, severidad de la dependencia, pero no ha ideado modelos de cuidados posibles: articulados con la comunidad y en territorio, que garanticen proximidad y cuenten con infraestructuras adecuadas para distintas necesidades de cuidados.

La ciudad no está preparada para las personas mayores: no lo están el transporte, ni la cartelería, ni los espacios públicos, así como tampoco lo está para otras poblaciones que requieren cuidados y que cuidan, y al ser el mercado el principal propulsor del desarrollo de centros de cuidados, terapias y formas alternativas de provisión de bienestar, la segregación territorial acentúa la capacidad de acceso a los servicios para las personas mayores en situación de dependencia, sobre todo para aquellas con dependencia moderada y severa de sectores económicos medios y altos.

El desafío del desarrollo de infraestructuras que promuevan un acceso más democrático al cuidado en centros requiere no solo de una firme convicción en que invertir en los cuidados aporta al desarrollo económico, sino que además requiere de la creación de estrategias comunitarias y de cercanía y comunicacionales y generalistas que contribuyan a desmontar las fuertes representaciones negativas sobre los centros de larga estadía presentes en el imaginario colectivo. Estas representaciones también son parte de la desigualdad de clase, ya que los sectores económicos que históricamente han accedido a ellos no los visualizan negativamente como si lo hacen quienes no los han utilizado.

La formación de las cuidadoras es un eje central para contribuir a una aproximación virtuosa desde el punto de vista de la igualdad de género y del acceso a ciudadanía plena por parte de las mujeres. Sin propuestas de trayectorias de formación, especializadas y articuladas y sin salarios acordes, cualquier servicio desarrollado por el Estado incurrirá en retribuir poco y sostener los bajos precios que el mercado le imprime a este tipo de trabajo y que las estudiosas reproducimos en las valoraciones económicas del trabajo no remunerado (Tronto, 2013). De esta manera, el involucramiento de la Universidad de la República y la Universidad del Trabajo en el armado de trayectorias educativas desde técnicas hasta profesionales, de carácter necesariamente multi, inter y transdisciplinario resulta central para abonar a un nuevo modelo de cuidados en el país.

A su vez, para mejorar las condiciones de trabajo el papel incipiente de los sindicatos de las trabajadoras domésticas es fundamental para contribuir a desmontar los círculos viciosos y montar círculos virtuosos de cuidados.

Es necesario construir las políticas de cuidados con las personas involucradas en los mismos, escuchar las necesidades de las personas cuidadoras y de las personas que requieren cuidados y elaborar propuestas creativas de cuidados de proximidad, como ya se ha elaborado de manera interdisciplinaria para el caso de otras poblaciones como los niños/as de 0 a 4.

En lo relativo a la temporalidad, resulta central evaluar la posibilidad de articular las propuestas de las políticas: ¿puede una Asistente Personal sugerir y acompañar la participación en un Centro de Día? ¿Podría un equipo de cuidadoras del SNIC de centros de larga estadía desarrollados por el mismo articular con los equipos de cuidados paliativos del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Podrían dichas articulaciones darse con un seguimiento tanto del bienestar de las personas mayores como de sus tránsitos en la dependencia a cargo de la figura de “Cuidadoras de Cercanía”?

Como se ha evidenciado, en lo relativo a la cultura de los cuidados, es necesario impulsar una reflexión y debate colectivo acerca de las condiciones de las familias para cuidar de las personas mayores, o incluso de las personas mayores para cuidarse solas, atendiendo a la

dimensión de derecho al cuidado y a las condiciones de suficiencia que se establecen para la consideración de que el cuidado está siendo debidamente garantizado. La mayoría (60%) de los hogares con PM70dep menciona sólo un tipo de política que el Estado debería desarrollar para cuidar, siendo los imaginarios más estrechos que plurales y acentuándose por nivel socioeconómico: mientras que los más altos mencionan más opciones, las personas de NSE más bajos, mencionan sólo un tipo de política en mayor proporción. Y la principal demanda son los cuidados remunerados en domicilio: ¿puede ser un indicador del deseo de proximidad con las personas queridas y con quienes se ha compartido una gran parte de la vida? ¿Puede articularse con servicios más allá de los domiciliarios que permitan el acceso a conocimientos e infraestructuras de cuidados más equitativas?

Los imaginarios de políticas son menos “domiciliarios” que las estrategias ideales de cuidados, en donde un 67,9% tenían como escenario único la vivienda particular, mientras que, del total de combinaciones de políticas, un 45,6% menciono tipos de políticas exclusivamente domiciliarias. En este sentido, la demanda hacia el Estado es levemente más desfamiliarizadora en combinaciones con uso de centros que las estrategias ideales del cuidado resuelto por las personas de las familias. Y es interesante recordar que los sectores bajos, además de ser fuertemente familistas en su cultura del cuidado, como familiaristas a la hora de cuidar (quizá por la ausencia de otras posibilidades) mencionan levemente más que otros sectores el desarrollo de centros de cuidados por parte del Estado. Como se evidenció, en las zonas del territorio montevideano en donde más proporción de personas y hogares con menores ingresos hay, que coincide con la mayor presencia de personas mayores con “limitaciones”, casi no existen centros de larga estadía (privados) habilitados por el Estado. Esta es un posible punto de comienzo para el desarrollo de nuevas infraestructuras.

Otro dato relevante es que, a pesar de la prevalencia de una cultura familista de los cuidados en los ideales y una fuerte generización de los mismos, en lo relativo a las políticas que el Estado debería desarrollar, las personas han mencionado de manera espontánea formatos de cuidados que tienen como sujeto de derecho a las personas en situación de dependencia (cuidado remunerado en domicilio, centros de día, centros de larga estadía) y en menor medida a otras poblaciones como por ejemplo a los familiares, o a las personas trabajadoras. Como se mencionó, este reconocimiento de la PM70dep como el sujeto de derecho de las políticas es central en cuanto a la garantía de derechos individuales a las cuales el Estado se compromete a partir del reconocimiento del cuidado como tal. A su vez, garantiza el acceso a derechos por parte de las personas independientemente de si cuentan o no con familia o redes de apoyo, lo cual es extremadamente relevante en el caso de las vejees.

Como se ha mencionado, no fue de interés en este trabajo valorar a las políticas en función del tipo de mecanismo: dinero, servicio, sino en función de su potencial desfamiliarizador,

desfeminizador y muy particularmente, redistributivo. En este caso, las políticas de cuidados en centros de cuidados, articuladas territorialmente a través de figuras de cuidadoras de cercanía y con otros servicios, parecen tener ventajas en cuanto a la redistribución como a las garantías de calidad si los mismos fuesen adecuadamente regulados y contasen con personal formado y articulado en un servicio para la tarea. No obstante, es necesario considerar que, de ser desarrollados, deberían complementarse con una fuerte impronta deconstructora de las moralidades circundantes a los modelos de cuidados, que permanecen esencialmente feminizadas y desfamiliarizadas.

Estos desafíos son centrales para un Estado que aún permanece ausente de las estrategias de cuidados de las personas mayores y que sobrecarga a las mujeres de la sociedad uruguaya, quienes asumen no sólo los costos, sino los riesgos de llevar adelante un trabajo para el que no están innatamente preparadas. Además, el cuidado de las personas mayores que no pueden acceder a servicios de calidad puede continuar el proceso de pérdida de autonomía simplemente por no recibir los cuidados adecuados lo cual lamentablemente se expresa en las diferencias sociales de las muertes, que como se ha constatado, varían según los niveles educativos y por ende de ingresos de las personas.

La interinstitucionalidad ausente aparece como una problemática central a la hora de implementar sistemas de cuidados, siendo central avanzar es la interrelación entre distintos sistemas expresados en los distintos ministerios, lo cual supone repensar la gobernanza de los SNIC.

Las condiciones de trabajo de las trabajadoras del cuidado actuales obedecen a las reglas en el libremercado y son fuertemente precarias, como en un momento el Estado desarrolló la profesión de la docencia, o integró a los médicos al ámbito público, pensar en las cuidadoras estatales es un desafío pendiente para el cual la participación de ellas mismas en los lineamientos de trabajo y la escucha a los movimientos sindicales puede ser un insumo central.

Preguntas de investigación emergentes

Esta lista de nodos centrales puede continuarse en futuras investigaciones emergentes tanto de los hallazgos como de las delimitaciones y limitaciones de la presente tesis. A continuación, delineamos algunas preguntas de investigación emergentes.

¿Mejoran la calidad de vida de las personas mayores los servicios públicos de cuidados disponibles? ¿Quiénes acceden a los centros de larga duración para personas mayores? ¿Cómo se da la articulación entre los centros y la ciudad y los centros y los hogares particulares de las principales cuidadoras/es de personas mayores en centros de larga estadía? ¿Cuál es el papel de los sindicatos y de las personas mayores en la construcción de las políticas públicas de cuidados?

¿Y de la comunidad? ¿Cómo y dónde se han trazado trayectorias profesionales de cuidados y cómo pueden desarrollarse en Uruguay?; ¿Qué modelos de articulación intersectorial son los más virtuosos para desarrollar políticas de cuidados? ¿Qué escenarios de recuperación de inversión son los más parsimoniosos para el Estado y cómo se puede articular la inversión en centros de cuidados de otras poblaciones con la de personas mayores? ¿Qué modelos de ciudad promueven una mayor inclusión de las personas mayores y de las personas cuidadoras? ¿Cómo son los formatos de cuidados cooperativos? ¿Pueden desarrollarse en Uruguay impulsados por el Estado?

La lista puede ser aún más larga, así como los desafíos de la política para desandar el largo trecho entre el derecho y los hechos que ha sido evidenciado en el presente trabajo. La búsqueda de alternativas de vida ante los desafíos de un nuevo mundo de relaciones laborales, de mayor longevidad y de, paradójicamente, menor disponibilidad de tiempo requieren del compromiso real del Estado en cumplir un papel redistributivo acompañado de otros sectores y en alianza con procesos globales más importantes que permitan acceder a mejor calidad de vida: a mayor disponibilidad de tiempo para las mujeres y los varones, a una menor dedicación de horas innecesarias al mercado laboral y una mayor dedicación a los cuidados y otros ámbitos de la vida, a una distribución más equitativa de los recursos y de la información para cuidar y a la adecuación de los entornos para toda la ciudadanía. No obstante, el papel del Estado es central en la puesta en marcha de estos procesos, por lo cual es impostergable la incorporación de una acción cuidadora y feminista por parte del mismo, que actualmente se exime del cumplimiento de sus responsabilidades al descubrir que buena parte de la población no accede a servicios básicos de cuidados y que cuando lo hace, dicho acceso es garantizado por la participación en el mercado laboral o por la riqueza de capitales, pero no por las garantías devenidas de la ciudadanía. Por tanto, es una responsabilidad colectiva sostener una demanda de creación y sostenimiento de andamiajes que permitan vivir mejor y contener el aumento de las desigualdades en las vejez que los rasgos presentes de la actual y reformada protección social permiten imaginar.

9. REFERENCIAS

Aassve, A., Arpino, B., & Goisis, A. (2012). Grandparenting and mothers' labour force participation: A comparative analysis using the generations and gender survey. *Demographic Research*, 27(3), 53–84.

Acosta, E; Picasso, F. y Perrotta, V. (2018). Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay. Santiago de Chile: SOPLA

Aguiar, S. (2016). Acercamientos a la segregación urbana en Montevideo. Montevideo, UDELAR. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9905>

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

Aguirre, R. (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Para Reunión de Expertos de la CEPAL. CEPAL: Santiago de Chile. https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf

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

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

Aguirre, R. Y Ferrari, F. (2010). Las Encuestas de Uso del Tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y la Región. Serie Asuntos de Género. CEPAL: Santiago de Chile.

Aguirre, R. y Scuro, L. (2010). Panorama del sistema previsional y género en Uruguay: avances y desafíos. Serie Mujer y desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL

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

Aguirre, R. y Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria. Serie Políticas sociales, 192. Santiago de Chile: CEPAL.

Aguirre, R.; Batthyány, K.; Genta, N. y Perrota, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, 50,43-60.

Aguirre, R. y Scavino, S. (2016). Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay, en Papeles del CEIC, vol. 2016/1, n° 144, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.

Aguirre, R. y Scavino, S. (2018). Vejez de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay. Montevideo: Doble Clic.

Aguirre, R. y Scavino, S. (2022). Bienestar y género: aportes para el debate de la seguridad social. Nota de Prensa en La Diaria. Fecha de publicación 16 de setiembre. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2022/9/bienestar-y-genero-aportes-para-el-debate-de-la-seguridad-social/>

Aguirre, M. (2021). La vejez silenciada; entre asilos y residenciales. Montevideo: Editorial Artemisa.

Alba, V. (1992). Historia Social de la Vejez. Barcelona: Laertes.

Albertson Fineman, M. (2004). The Autonomy Myth. A theory of Dependency. Nueva York: The New York Press.

Alonso; V. Marzonetto, G. L.; Rodríguez Enríquez, C. (2021). Heterogeneidad estructural y cuidados: nudos persistentes de la desigualdad latinoamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo

Amaya Guerrero, R., Bottini, A., Guerrero, G., & Isola Zorrozuá, F. (2022). Los cuidados en la escena comunitaria. Tekoporá. Revista Latinoamericana De Humanidades Ambientales Y Estudios Territoriales. ISSN 2697-2719,4(1). 211-229. <https://doi.org/10.36225/tekopora.v4i1.144>

Amorós, C. y De Miguel, A. (2005). Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización (3 vol.). Madrid: Minerva Ediciones.

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

Anfitti, V. y Montiel, C. (2021) Trayectorias educativas y acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes migrantes en Montevideo. Montevideo, UNFPA-UNICEF-UDELAR. Disponible on line: https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2021/11/Trayectorias_educativas_migrantes_Montevideo_web.pdf

Araujo Guimarães, N. e Hirata, H. (comps.) (2020). El cuidado en América Latina.

Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay. Buenos Aires: Medifé.

Araya, F., Colacce, M. y Vázquez, L. (2011). Participación laboral femenina y cuidado infantil: destruyendo a la Mujer Maravilla. Montevideo: Udelar. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/375/1/M-CD4221.pdf>

Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión, Cuaderno de Ciencias Sociales n.º 127, Flacso, Costa Rica.

Aranco, N. y Sorio, R. (2019) Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Montevideo, BID. Disponible on line: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-uruguay>

Arber, S. y Ginn, J. (comps.). (1996). Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico. Madrid: Narcea.

Arber, S. y J. Ginn (1996a). "Mera conexión": relaciones de género y envejecimiento. En S. Arber y J. Ginn (coords.). Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico. Madrid: Narcea, pp. 17-34.

Arpino, B.; Pronzato, C.; Tavares, L. (2012). Mothers' labour market participation: Do grandparents make it easier? IZA Discussion Papers, No. 7065, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn

Arregui, C., Vázquez Wlasiuk, C., Giglio, M. L., & Aon, L. C. (2020). Public transportation for essentials or essential public transportation? Postpandemic transportation and urban mobility prospects. *Eidos*, 11(16), 87-101. Retrieved from <https://revistas.ute.edu.ec/index.php/eidos/article/view/760>

Arriagada A., I. (2020). La injusta organización social de los cuidados en Chile. En N. Araujo y H. Hirata (Comps.). El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay (pp. 129-168). Buenos Aires: Medifé.

Arriagada, I. (2006). Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Santiago de Chile: VEPAL, serie políticas Sociales. N° 119

Arriagada, Irma (2004). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos CEPAL. www.eclac.cl/mujer/reuniones/quito/IArriagada2.pdf

Asesoría Técnica Parlamentaria (2016). Residencias para el Adulto Mayor financiadas por el Estado. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago de Chile. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCIENTA&prmID=14852#:~:text=Fondo%20Subsidio%20ELEAM,->

Su%20prop%C3%B3sito%20es&text=Le%20siguen%20la%20regi%C3%B3n%20del,de%20Ma
gallanes%20con%2040%20personas.

Badinter, E. (2011). O conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record. Balbo, L. (1978). La doppia presenza, en Inchiasta, n.32 pp. 3-11

Balladares, J. et al. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 55-66. Epub 15 de noviembre de 2021.<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue1-fulltext-2397>

Bardin, L. (1996). Análisis de contenido. Buenos Aires: Akal.

Barling, J., Rogers, A. G., y Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 255-269. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.3.255>

Bateson, C. D. (1991). The altruism question: Toward a social-psychological answer. New York: Psychology Press.

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

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

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

Batthyány, K. (2020). Recorridos latinoamericanos de los cuidados. En K. Batthyány (coord.). Miradas latinoamericanas a los cuidados. Buenos Aires-México: CLACSO-Siglo XXI, pp. 11-52. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201209035739/Miradas-latinoamericana.pdf>

Batthyány, K. (2021). Políticas de cuidados. Buenos Aires-México: CLACSO. Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Cuajimalpa.

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

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2013b). Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 7, núm. 13, 2013, pp. 149-172.

Batthyány, K.; Genta, N. y Perrotta, V. (2014). Discurso experto en el cuidado de personas mayores. Un análisis de género. *Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS*, vol. 27, n.º 34, julio.

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2018). Uso de licencias parentales y roles de género en el cuidado. Montevideo: SNIC Universidad de la República. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2018/8/snc_gua%20parentale_s_web.pdf?la=es&vs=624

Batthyány, K. y Genta, N. (2020). Uruguay: avances y desafíos en la investigación cuidado y las políticas públicas del cuidado. En Araujo, N. e Hirata, H. (comps.). *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*. Buenos Aires: Medifé.

Batthyány, K. & Katzkowicz, S. (2022). Percepciones sobre las políticas de cuidado infantil en Uruguay. *Revista Mexicana de Sociología*, 84(3), 598-624. doi:<http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p>

Batthyány, K. y Scavino, S. (2018). Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 160-177. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.vecr>

Batthyány, K. y Scavino, S. (2019). Caminos hacia la corresponsabilidad: los varones en el cuidado infantil en Uruguay. *Cadernos Pagú*, v. 46, pp1-33

Batthyány, K. y Scavino, S. (2018). División sexual del trabajo en Uruguay en 2007 y 2013. Tendencias en los cambios y en las permanencias de las desigualdades de género. *Revista Austral De Ciencias Sociales*, (32), 121-142. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2017.n32-0>

Batthyány, K. y Scavino, S. (2020). Las abuelas en la organización social del cuidado infantil. Reflexiones a partir del caso uruguayo. En CIEN (2020) *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento*. Montevideo: UDELAR. pp.189-212

Batthyány, K., Genta, N. y Scavino, S. (2017). Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil. *Cuadernos de Pesquisa*, Vol. 47, No 163, pp. 292-319.

Batthyány, K., Genta, N. y Scavino, S. (2019). Cambios y permanencias en las estrategias de cuidado infantil en el curso de vida: un análisis de género. *O Social em Questão*. v21- n43.

Biggs, S. Carr, A. y Haapala, I. (2015) Work, Aging, and Risks to Family Life: The Case of Australia. *Can J Aging*. Sep;34(3):321-30. doi: 10.1017/S0714980815000185. PMID: 26144871.

Biggs, S. & Carr, A. (2015). Age- and Child-Friendly Cities and the Promise of Intergenerational Space. *Journal of Social Work Practice*. 29. 10.1080/02650533.2014.993942.

Beck, U. (2012). La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas. España: Paidós.

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

Begg, I., Mushövel, F. y Niblett, R. (2015). The Welfare State in Europe. Visions for Reform. Reino Unido: Chatham House.

Behrendt, C., Nguyen, Q. A., and Rani, U. (2019). Social protection systems and the future of work: Ensuring social security for digital platform workers. *International Social Security Review*, 72: 17-41. <https://doi.org/10.1111/issr.12212>.

Bellomo y Núñez (2022). Personas Mayores en Uruguay: un estudio multidimensional. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social N° 83. Montevideo: Banco de Previsión Social. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/18870/2/83.-personas-mayores-en-uruguay.-un-estudio-multidimensional.-ec.-felix-bellomo-e-ines-nunez.pdf>

Benería, L. (2008). The crisis of care, international migration, and public policy, *Feminist Economics*, vol. 14, n° 3, pp. 1-21.

Berriel, F. (2007). La vejez como producción subjetiva. Representación e imaginario social. En *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología*. Montevideo: Ed. Psicolibros Universitario.

Berriel, F. y Guidotti, C. (2021). Lógica argumental de las políticas sobre envejecimiento y vejez en Uruguay producción de sentido, tensiones y hegemonías. *Revista Latinoamericana de Población*, Vol. 15, N°. 28, 2021, págs. 135-159

Berriel, F., Paredes, M, y Pérez R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En A. López Gómez (Comp.) *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la sociedad uruguaya* (pp 19-124). Montevideo: Ediciones Trilce.

BID (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores* / Natalia Aranco, Mariano Bosch, Marco Stampini, Oliver Azuara, Laura Goyeneche, Pablo Ibarrarán, Deborah Oliveira, María Reyes Retana, William Savedoff, Eric Torres (Autores del documento).

Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare State Policies and the Development of Care Arrangements. *European Societies*, 7:2, 321-347, DOI: 10.1080/14616690500083592

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

Bonoli G. (2006). New Social Risks and the Politics of Postindustrial Social Policies. En Armingeon K., Bonoli G. (eds.). *The Politics of Post-industrial Welfare States: Adapting Post-war Social Policies to New Social Risks*. Londres: Routledge, pp. 3-26.

Borgeaud-Garciandía, N. (2017). Puertas adentro: Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Teseo.

Borgeaud-Garciandía, N. (2020). Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En N. Araujo, y H. Hirata (comps.). *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 27-74). Buenos Aires: Fundación Medifé.

Brotheridge, C. y Grandey, A. (2002): "Emotional Labour and Burnout: Comparing Two Perspectives of 'People Work'". *Journal of Vocational Behavior*, n° 60, pp.17-39.

Boyer, M., De Donder, P., Fluet, C., Leroux, M. L., Michaud, P. (2020). Long-Term Care Insurance: Information Frictions and Selection. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12 (3): 134-69.DOI: 10.1257/pol.20180227

Bozalek, V. (2011). Acknowledging privilege through encounters with difference: Participatory Learning and Action techniques for decolonising methodologies in Southern contexts. *International Journal of Social Research Methodology* 14 (6):469-84.

BPS (2015). PRESENTACIÓN Y PRIMEROS TABULADOS de la Encuesta Longitudinal de Protección Social. Ronda 2012-2013. Montevideo

Brussig, M., & Knuth, M. (2007). Raising statutory pension age: extending careers or unemployment of the elderly. En *5th International research conference on social security*, available from <http://www.issa.int>.

Brunet, N. y Marquez, C. (2016) *Atlas Sociodemográfico y de la vejez en Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Montevideo: Trilce. Disponible on line:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/atlas-sociodemografico-vejez-uruguay-envejecimiento-personas-mayores>

Buchelli, M., Cabella, W. (2009). El incumplimiento en el pago de las pensiones alimenticias, el bienestar de los hogares y el contexto legal vigente en Uruguay. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 3, núm. 4-5, pp. 123-142.

Buchelli, M., Cabella, W. y Vigorito, A. (2005). Asignaciones familiares, pensiones alimenticias y bienestar en la infancia en Uruguay. Montevideo: Unicef.

Butler, J. (2007 [1990]). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Burdiel, I. (1994). Introducción, en *Vindicación de los derechos de la mujer* Madrid: Cátedra.

Butler, R. (1969). Age-Is: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4_Part_1, Winter 1969, Pages 243-246, https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243

Cabella, W., Fernández Soto, M. y Prieto, V. (2015). Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011. En Calvo (coord.) *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad*. Montevideo: Trilce. Fascículo 6. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/122_file1.pdf

Cabella, W. (2007) *El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes*. UNFPA, Montevideo: Trilce. Disponible on line: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7_file1.pdf

Caetano, G. (2011). *La República Batllista*. Montevideo: Ediciones Banda Oriental. Calasanti, T. (2010). Gender Relations and Applied Research on Aging. *The Gerontologist*, 50, (6), 720-734, <https://doi.org/10.1093/geront/gnq085>

Calvi, G. (2020). Apuntes para una crítica de la teoría del derrame. *Realidad Económica* N 336, pp. 117-155. <https://ojs.iade.org.ar/index.php/re/article/view/134/96>

Calvo, J. J. et al., (2013). Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011. Fascículo 1 del *Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay*. Montevideo: Trilce editores.

Campaña, J.C., Gimenez-Nadal, J.I. & Velilla, J. (2023). Measuring Gender Gaps in Time Allocation in Europe. *Soc Indic Res* 165, 519-553. <https://doi.org/10.1007/s11205-022-03026-0>

Candela, P. y J. Piñón, (2013). *Vida, Trabajo y Relaciones de Género en la Metrópolis Global*. Madrid: La Catarata.

Carbajal, M y Berriel, F (2014). Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo. En *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Sistema de Cuidados. Montevideo, INMAYORES-MIDES.

Carbajal, M., Bonilla, R., Maciel, C. y Martínez, F. (2021). Significado de cuidado desde la perspectiva de los actores involucrados. En CIEN (coord.) *Miradas interdisciplinarias al envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento*. Montevideo: UDELAR

Carrasco, C. (2001). *La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?* Mientras Tanto, 82, Barcelona: Icaria Editorial.

Carrasco, C; Borderías, C. y Torns, T. (2011) El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: Los libros de la Catarata.

Casado-Mejía, R. (2008). Cuidadoras Inmigrantes Familiares: ¿Oportunidad en crecer en la calidad del cuidado y la salud o nuevas formas de desigualdad? (Tesis doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.

Castel, R. (2010). El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del Individuo. Buenos Aires: Fondo de Cultura

Castells, Manuel (2001). E-Business y la nueva economía en La galaxia internet. Barcelona: Areté.

Caswell, G. (2022). Dying Alone: Challenging Assumptions. Cham: Palgrave.

Caycedo Bustos, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200012&lng=en&tlng=es.

CDPD (2006). Convención Internacional por los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

CEPAL (2016). Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL), (LC/W.679/Rev.1), Santiago.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/39624-clasificacion-actividades-uso-tiempo-america-latina-caribe-cautal>

CEPAL (2019). La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes (LC/CRM.14/3), Santiago.

CEPAL (2020). Informes Covid-19. Desafíos para la protección social de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de Covid-19. Santiago de Chile.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46487/S2000723_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL (2021). Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible (LC/MDM.61/3), Santiago de Chile.

CEPAL (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Santiago de Chile, CEPAL.

Cerri, Ch. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, 15(2), 111-140.

Chen, C. et al. (2021) Gender differences in countries' adaptation to societal ageing: an international cross-sectional comparison, *The Lancet Healthy Longevity*, 2, (8), 2021, pp. e460-e469, [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00121-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00121-5).

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

CIEN (2020) Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. Montevideo, CIEN. 64-83.

CINVE (2016) Índice de Nivel Socioeconómico Propuesta de actualización Estudio realizado para la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay. Montevideo: CINVE. Disponible on line: <https://ceismu.org/site/wp-content/uploads/inse-informe-final-28032016.pdf>

CINVE (2022). Centro de Investigaciones Económicas, Cobertura, suficiencia e impactos distributivos del proyecto de reformar la seguridad social, 2022.

<https://cinve.org.uy/wp-content/uploads/2022/12/Impactos-en-cobertura-suficiencia-y-rol-distributivo-del-sistema-de-la-reforma-previsional.pdf>

Ciocoletto, A. (2014). Espacios para la vida cotidiana. Auditoría de Calidad Urbana con perspectiva de Género. Barcelona: Editorial Comanegra y Col.Lectiu Punt 6.

Cocciolone, M. (2019) Adulto mayor: violencia dentro del entorno familiar. Adultas y adultos mayores: ¿Población vulnerable? <https://www.unilim.fr/trahs> - ISSN: 2557-0633

Colacce, M., et al. (2021) Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia. Serie documentos de trabajo del Instituto de Economía. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, UDELAR.

Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu AT and Fernandez-Plotka J-L (2020). Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence, 17 April 2020. Article in LTCcovid.org, International LongTerm Care Policy Network, CPEC-LSE.

CONEVAL (2015). ¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas mayores? Guía práctica de políticas públicas. México: CONEVAL.

Cooperativa Comuna (2021). Reforma de la seguridad social: poner la vida en el centro del debate. Críticas al Informe diagnóstico de la Comisión de Expertos. Cooperativa Comuna. <https://cooperativacomuna.uy/reforma-de-la-seguridad-social-poner-la-vida-en-el-centro-del-debate-criticas-al-informe-diagnostico-de-la-comision-de-expertos/>

Corbetta, P. (2007) Metodología y técnicas de investigación social. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6)

D'Argemir, D. (2016) Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10-22. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-750>

D' Oliveria Martins, M. (2018) Arlie Russell Hochschild. Un camino hacia el corazón de la sociología. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Da Riot (2010) Strategies of Care Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands.

Amsterdam: Amsterdam University Press. DOI: 10.5117/9789089642240

Daly, M., y Lewis, J. (2011). El concepto de "Social Care" y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.). *El trabajo de cuidados: Historia, teorías y política*. Madrid: Los Libros de la Catarata; pp. 225-2521

Daminger, A. (2019). The Cognitive Dimension of Household Labor. *American Sociological Review*, 84(4), 609-633. <https://doi.org/10.1177/0003122419859007>

Davies, C. (1995): "Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited", *Acta Sociológica*, 38.

De Beauvoir, S. (1998 [1949]). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra. De Beauvoir, S. (2012). *La vejez*. Buenos Aires: Debolsillo.

De Miguel, A. y De la Rocha, M. (2018). *Historia Ilustrada de la teoría feminista*. Madrid: Editorial Melusina.

De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo Sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Cátedra, Feminismos.

Del Boca, D. (2002). The effect of child care and part time opportunities on participation and fertility decisions in Italy. *Journal of Population Economics*, 15(3), 549–573.

Della Porta, D. y Keating, M. (eds) (2013). *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista*. Madrid: Akal, p.398.

Domínguez Amorós, M. (2020). Lecciones aprendidas en la medición de los tiempos de cuidados. En Batthyány, K. (coord.) *Miradas Latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires: CLACSO, Siglo XXI Editores.

Domínguez-Amorós, M., Batthyány, K. & Scavino, S. (2021). Gender Gaps in Care Work: Evidences from Argentina, Chile, Spain and Uruguay, *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, Springer, vol. 154(3), pages 969-998, April.

Draibe, S. y Riesco, M. (2006). Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea, México, CEPAL (Serie Estudios y Perspectivas, núm. 55).

Duffy, M. (2007). Doing the Dirty Work: Gender, Race, and Reproductive Labor in Historical Perspective. *Gender & Society* 21 (3):313-36.

Dufrechou, H. (2021). Generosidad, sostenibilidad y productividad laboral: el caso del Sistema Previsional uruguayo 1950-2018. Tesis de Maestría. Universidad de la República, Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/31142>

Durán, M. A. (2006). El valor del tiempo en España ¿Cuántas horas te faltan al día? Madrid: Espasa Calpe.

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

Durán, M. A. (1991). El tiempo en la economía española, *Información Comercial Española*, 695: 9-48.

Durán, M. A. (1997). La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas, *Revista Internacional de Sociología*, 18: 163-189, septiembre-diciembre.

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

Durán, M.A (1997). El papel de mujeres y hombres en la economía española. *Información Comercial Española*, ICE: Revista de economía, X, N° 760, 1997, págs. 9-29.

Durán, M.A. (2018). La riqueza invisible del cuidado. [The invisible wealth of care]. Valencia: Universitat de València.

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

Elder, G. (1998). The life course as developmental theory. *Child Dev.* 69:1-12.

Elster, J. (1988). Uvas amargas, sobre la subversión de la racionalidad. Península, Barcelona.

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

Engels, F. (1884). El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Zurich: Editorial Progreso.

Enríquez, G., C. Martínez Díaz (2016), Ciudadanía y cuerpos: reconfigurando la ciudadanía desde la diversidad, *Sinéctica*, 46:1-13
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2016000100006&lng=es&tlng=es.

EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies), Spasova, S., Baeten,

R. & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24 (4), 7 - 12. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Esping-Andersen, G. (2008). Modelos de sociedad, economía y políticas públicas: un nuevo contrato de género. En Pazos Morán (ed.), *Economía e igualdad de género: retos de la hacienda pública en el siglo XXI*. Instituto de Estudios Fiscales, págs. 31-43.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ief.es/docs/investigacion/genero/LG_Esping_Andersen.pdf

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

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Espino, A. (2007). Género y pobreza: aporte conceptual y desafíos. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, Numero 26, pp.7-39.

Espinosa Pérez, R. et al. (2021). Costo humano oculto en la experiencia vivida de un cuidador de adulto mayor con alzhéimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(4), e3984.

Esquivel, V. y Faur, E. (2012). Beyond maternalism? The Political and Social Organization of Childcare in Argentina, en Razavi, S. Y Staab, S. (eds.) *Worlds Apart? Global Variations in the Political and Social Economy of Care*. New York: UNRISD/Routledge Series.

Esquivel, V. y Kaufmann, A. (2017). Innovaciones en el cuidado. Nuevos conceptos, nuevos actores, nuevas políticas. Fundación Friedrich Ebert. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescribe/14832.pdf>

Eunkyung Na, Yoonhyuk Jung, Seongcheol Kim (2023) How do care service managers and workers perceive care robot adoption in elderly care facilities? *Technological Forecasting and Social Change*, Volume 187, <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.122250>.

Falú, A. (2018). Injusticias territoriales desde el feminismo. *Diálogos Urbanos*. Debates y reflexiones para construir la agenda urbana de la ciudad. Montevideo: Intendencia de Montevideo. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/anafalunuevo.pdf>

Falú, A. & Colombo, E. L. (2022). Infraestructuras del cuidado: Un instrumento de redistribución social en los territorios. *Vivienda Y Ciudad*, (9), 191–217. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ReViyCi/article/view/38303>

Faur, E. y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado en Piovani, J y Salvia, A. (eds.) *La argentina en el siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, pp. 497-534.

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva Sociedad* No 256, marzo-abril de 2015.

Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Ferrari, F. & Scavino, S. (2015). Desigualdades de género en jóvenes uruguayos En Batthyány, K. *Los tiempos del bienestar social: genero, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. INMUJERES- MIDES. UdelAR- FCS.

Fernández, María & Herrera, M.S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista médica de Chile*. 148. 30-36. 10.4067/S0034-98872020000100030.

Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada en Roberts, B. *Ciudadanía y política social*. San José: FLACSO/ SSRC.

Filgueira, F. (2004). The structural and political keys of the reluctant Latin American Social State and its interplay with democracy: the development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states (UNRISD) Documento de Trabajo.

Filgueira, F. y Martínez Franzoni, J. (2002). Paradigmas globales y filtros domésticos: las reformas administrativas de las políticas sociales en América Latina en *Revista de Ciencias Económicas* (San José) Vol. XVIII, N° 2.

Filgueira, F. y Martínez, J. (2019). Growth to Limits of Female Labor Participation in Latin America's Unequal Care Regime. *Social Politics*, pp. 245-275. doi:10.1093/sp/jxz015. Oxford University Press.

Filgueira, F. (2014). *Hacia un modelo de protección social en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/35915/S2014090_es.pdf

Finch y Groves (eds) (1983). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. Routledge and Kegan Paul, Henley on Thames.

Fisher, B. y Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. K. Abel and M. Nelson (eds) *Circles of Care*. Albany: SUNY Press.

Folbre, N. (2021). *The Rise and Decline of Patriarchal Systems: An Intersectional Political Economy*. New York: Verso.

Folbre, N. (2008). *Valuing Children: Rethinking the Economics of the Family*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjnrt57>

Follegati Montenegro, L., & Ferretti, P. (2020). "Hasta que valga la pena vivir": violencia y reproducción social como claves de la emergencia feminista contemporánea en América Latina. *Anuario De La Escuela De Historia*, (32). <https://doi.org/10.35305/aeH.vi32.293>

Frank, R. H. (2002). Altruism in competitive environments. In Harrington R. J. D. A., Bstan D. L. X., & Gyatsho T. (Eds.), *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature* (pp. 182-210). Oxford: Oxford University Press.

Fraser, N. (2000). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era postsocialista, *New Left Review*, enero-febrero, Madrid: Akal.

Fraser, N. (2015). *Fortunas del Feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis Neoliberal*. Madrid: Traficantes de sueños.

Fraser, N. y Gordon, L. (1994). A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U.S. Welfare State. *Signs*, vol. 19, no. 2, pp. 309–36. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/3174801>.

Freixas, A. (2007). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, 39(1), pp. 41-57

Freixas, A. (2021) *Yo Vieja. Apuntes de supervivencia para seres libres*. Barcelona: Capitán Swing.

G. Arango y P. Molinier (eds.) (2011). *El Trabajo y la ética del cuidado*, Universidad Nacional de Colombia. Medellín: La Carreta editores, Medellín.

Gammage, S. (2009). Género, pobreza de tiempo y capacidades en Guatemala: Un análisis multifactorial desde una perspectiva económica. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, 1-27.

Garay, S., Montes de Oca, V. y Guillén, J. (2014). Social support and social networks among the elderly in Mexico, *Journal of Population Ageing*, 7 (1).

Genta, N. (2018). *Ideales y estrategias de cuidado infantil en Uruguay*. Tesis de Doctorado en Sociología. Uruguay: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales.

Gil Rodríguez, E. (2002). ¿Por qué llaman género cuando quieren decir sexo?: Una aproximación a la teoría de la performatividad de Judith Butler. *Athenea Digital*, 2, 30-41

Gil-García, E. et al. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clín* 2005; 15(4): 220-223.

Gilligan, Carol (1982). In *a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: MA Harvard University Press, pp.184.

GISG (2020). *Informe de cierre de la Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana*. Montevideo, GISG-FCS-UDELAR (en prensa).

Glenn, E. (2010). *Forced to Care*. Cambridge: Harvard University Press.

Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (trad. española, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu).

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

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

Gómez-Costilla, P., García-Prieto, C. y Somarriba-Arechavala, N (2022). "Aging and Gender Health Gap: A Multilevel Analysis for 17 European Countries," *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, Springer, vol. 160(2), pages 1051-1069, April.

Gori C., Fernández J-L and Wittenberg R. (eds.) (2016). Long-term Care Reforms in OECD Countries – Successes and Failures. Bristol: Policy Press.

Graham, H. (1983). *Caring: A labour of Love*, en J. Finch y D. Groves (Eds.), *A labour of Love: women, work and caring*. Londres: RKP.

Green, K. J., Greenberg, M. S., & Willis, R. H. (1980). *Social exchange: Advances in theory and research*. New York: Plenum.

Grin Debert, G. (2013). Feminismo e Velhice. En *Sinais Sociais*. V. 8 N 22, pp. 15-38. https://www.academia.edu/6570327/Feminismo_e_Velhice

Grin Debert, G. (2016). Migrações e o Cuidado do idoso. *Cadernos Pagu* (46), pp.129-149. ISSN 1809-4449

Grupo de Washington (2020). Introducción a las listas de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad. https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf

Gúezmes, A., Scuro, L. y Bidegain, N. (2022). Igualdad de género y autonomía de las mujeres en el pensamiento de la CEPAL. *El trimestre económico*, LXXXIX v.1, n. 353, pp. 311-338 doi: 10.20430/ete.v89i353.1416.

Guajardo, Gabriel & Huneeus, Daniela, 2003. "Las narrativas de la participación social entre los adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación," *Notas de Población*, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), December.

Ham, R. (2000). Los umbrales del envejecimiento. *Estudios Sociológicos*, 18(54), pp. 661-675.

Hankivsky, O. (2014). Rethinking Care Ethics: On the Promise and Potential of an Intersectional Analysis. *American Political Science Review* 108 (2):252-64.

Hank, K., Jürges, H., 2007, "Gender and the Division of Household Labor in Older Couples: A European Perspective", en *Journal of Family Issues*, 28, pp. 399-421.

Hays, B. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós: Barcelona.

Herández Arrellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 7 Núm. 8. ISSN: 1067-6079

Hernández, D. (2019). Género y equidad: el caso de la movilidad cotidiana. *Ideas para Agendas Emergentes* Montevideo, PNUD.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Herrero, Y. (2013). Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo. *Revista de economía crítica*, 16, 278-307. https://www.avlaflor.org/wp-content/uploads/2016/12/09_YayoHerrero.pdf

Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Londres: Routledge.

Himmelweit, S. (2011). El descubrimiento del trabajo no remunerado: consecuencias sociales de la expansión del término trabajo en Carrasco, C., Borderías, T. y Torns, T. *El trabajo de cuidados. Historia, teórica y políticas*. Madrid: Los libros de la catarata, 2011, pp.199-

224. Original, 1995.

Hirata, Kergoat, D. & Zylberberg-Hocquart, M. H. (1997). La división sexual del trabajo: permanencia y cambio. ATS.

Hochschild, A. (2011) La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y del trabajo. Madrid: Katz Editores.

Hochschild, A. R. & Machung, A. (2012). The second shift. Penguin.

Hochschild, A. R. (2012a). The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling (1st ed.). California: University of California Press.
<http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pn9bk>

Hochschild, Arlie Russell (1995). The culture of politics, Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern ideals of care. Social Politics: International Studies in Gender, State and Society 2(3), pp. 331- 346.

Hodson, R. (2001). Dignity at Work. Cambridge: Cambridge University Press.
Huenchuán, S. (2004). Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en

América Latina, serie Población y desarrollo N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.44

Huenchuán, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: CEPAL.

Huenchuán, S. (ed.) (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuán, S. (2019). Recomendaciones para incorporar a las personas mayores en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Unidad de Desarrollo Social, Sede Subregional de la CEPAL, México

Huertas Prego, M. & Scavino Solari, S. (2020). Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de cuidadoras y cuidadores formales de personas adultas mayores. Anales En Gerontología, 12(12), 209–240.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/45560>

Huete García, A. (2019) Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Iacub, R. (2011). Identidad y envejecimiento. Buenos Aires: Paidós

IM (2023). INFORME FINAL VEREDAS ACCESIBLES MONTEVIDEO 2021 –
2022. Proyecto Veredas Accesible. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/veredasaccesiblesinformefinaljulio2022-01.pdf>

IMSERSO (2004). INFORME 2004. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales

INEGI (2022). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

INMUJERES (2020). Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones. Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las mujeres, Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género. Montevideo, MIDES. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional_web.pdf

INMUJERES (2022). Estadísticas de Género 2021. Montevideo: INMUJERES, MIDES. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/estadisticas-genero-2021>

INMUJERES México (2019). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT). Presentación de resultados. Segunda edición. inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf

Irigaray, L. (1982). *Ese sexo que no es uno*. Madrid: Saltés. Irigaray, L. (1992). *Yo, tú, nosotras*. Madrid: Ediciones Catedra.

Jacobs, J. (1967). *Muerte y vida de las grandes ciudades*. Madrid: Ediciones Península.

Jelin, E. (2010 [1998]). *Pan y afectos: la transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 224.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469-494). Madrid: Paidós.

Johnson, M. J., et al (2016). Family caregivers who would be unwilling to provide care at the end of life again: Findings from the Health Survey for England population survey. *PloS One*, 11(1), e0146960. doi: 10.1371/journal.pone.0146960

Katz, S., Ford, A.B.; Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. 1963 Sep 21; 185:914-9. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

Kelly, C., Hande, M. J., Dansereau, L., Aubrecht, K., Martin-Matthews, A. & Williams,

A. (2021). Doing 'whatever they can imagine': social task shifting in directly funded home care, *International Journal of Care and Caring*, 5(3), 393-413.

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

Kittay, E. F. (2011). The Ethics of Care, Dependence and Disability. *Ratio Juris* 24, 49-58.

Kitwood, T. (2003). *Repensant la demència: pels drets de la persona*. Vic: Eumo.[*Dementia Recosidered. People's rights first*. Open University Press, Oxford 1997]

Knijn, T. (2001), "Care Work: Innovations in the Netherlands", in Daly M. (ed.), *Care Work. The Quest for Security*, Geneva: ILO: 159-174.

Kollontai, A. (1918). *El comunismo y la familia*. En *Feminismo socialista y revolución*. México: CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20200508012052/Alexandra-Kollontai.pdf>

Krauskopf, D. (2020). Enfoques y dimensiones para el desarrollo de indicadores de juventud orientados a su inclusión social y calidad de vida. *Última Década*, 19(34), 51–70. Recuperado a partir de <https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/UD/article/view/56089>

Krøjer, J., Lehn-Christiansen, S., & Nielsen, M. L. (2014). Sexual Harassment towards Newcomers in Elder Care: - An Institutional Practice? *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4(1), 81-96. <http://rossy.ruc.dk/ojs/index.php/njwls/article/view/3553/1747>

Krüger, K. y Jiménez, E. (2013). La ley de dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización. En *Revista Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/issue/view/1285>

Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 21, julio-septiembre, 1999, pp. 147-178

Lamus Canavate, D. (2021). La irrupción de una nueva ola feminista: ¿La cuarta ola? *La Manzana De La Discordia*, 15(2), 1–26. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v15i2.9808>

Larguía, I. & Dumoulin, J. (1976). *Hacia una ciencia de la liberación de la mujer*, Barcelona: Anagrama.

Larguía, I. (1972). Contra el trabajo invisible. En *La liberación de la mujer*. Año cero, Buenos Aires: Granica.

Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186

Legarreta, M. I. (2011) El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo domestico y los cuidados, en L.G. Arango Gaviria y P. Molinier (comps.), *El trabajo y la ética del cuidado*, Medellín: La carreta editores.

Letablier, M.T. (2007). El trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. En Prieto, C. (ed.). *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid: Complutense, 64-84

Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159–173. <https://doi.org/10.1177/095892879200200301>

Lorde, A. (1979) Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo, en *La hermana, la extranjera*. Artículos y conferencias, Madrid: Ed. Horas y horas, pp. 115-120.

Low, L. F., Yap, M. & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* 11, 93 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>

Maggio, J. (2007). “Can the Subaltern Be Heard?": Political Theory, Translation, Representation, and Gayatri Chakravorty Spivak. *Alternatives*, 32(4), 419–443. <https://doi.org/10.1177/030437540703200403>

Maj Britt, N. et al (2017). Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 70, pp.122-130, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>.

Mallo, S. (2011). *Carlos Real de Azúa. Un intelectual inasible*, Montevideo: EBO.

Marshall, T. (1997). Ciudadanía y clases sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79: 297-344.

Martín Palomo, M.T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. (Domestication of work': a reflection about care). Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 26, núm. 2.

Martínez Franzoni, J. (2008). ¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires: CLACSO.

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

Martínez, J. y Blofield (2014). Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismos y corresponsabilidad. Revista Cepal Número. 114.

Martínez-Buján, R. y Vega, C. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. Revista Española de Sociología, 30 (2), a25. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.25>

Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 145: 99-126. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>)

Mead, M. (1935). Sex and temperament. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Meagher, G., Szebehely, M. & Mears, J. (2016). How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. Work, Employment and Society, 30(5), 731-749. <https://doi.org/10.1177/0950017015625601>

Medina, P. y Ezquerro, S. (2020). El rol de los espacios comunitarios de cuidado de personas mayores en la democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona. Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México, vol. 6, e485, 2020

Merino, A. (2010). La pobreza multidimensional y de tiempo en las mujeres mexicanas. Cuaderno de trabajo n° 22. Instituto Nacional de las Mujeres en México. <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cuadernos/ct22.pdf>

Midaglia, C. y Antía, F. (2007). La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?, en Revista Uruguaya de Ciencia Política, vol. 16, n.º 1, pp. 131-

157. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2007000100008

Mides (2016). Datos preliminares: MIDES relevó a 853 personas transexuales en el primer censo realizado en Uruguay. Comunicado de gobierno del 21 de agosto de 2016. Disponible on line <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/mides-relevo-853-personas-transexuales-primer-censo-realizado-uruguay>

Millet, K. (1995). Política Sexual. Madrid: Cátedra.

Moebius, P. J. (s/f). La inferioridad mental de la mujer. La deficiencia mental fisiológica de la mujer. Madrid: Sempere y Compañía. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-inferioridad-mental-de-la-mujer-la-deficiencia-mental-fisiologica-de-la-mujer-1070269/>

Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. En Luz Gabriela Arango; Pascale Molinier (eds.), El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta/Universidad Nacional de Colombia, (pp. 15-21).

Molinier, P. (2012) El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal01075702/document>

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. París: La Disputa.

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

Montes de Oca, V. (2013). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales

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

Moreno, S. (2007). *Temps, treball i benestar: una aproximació des de la vida quotidiana*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/5136#page=46>

Moreno-Colom, S.; Ajenjo Cosp, M. y Borràs Català, V. (2018). La masculinización del tiempo dedicado al trabajo doméstico rutinario. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 163: 41-58. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.163.41>)

Morrison, V., & Williams, K. (2020). Gaining longitudinal accounts of carers' experiences using IPA and photograph elicitation. *Frontiers in Psychology*, 11, 2429–2444.

Moscovici, S. (1979 [1961]). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 18: 211-250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303> Narayan, U. (1995). Colonialism and its others: considerations on rights and care discourses. *Hypatia* 10 (2):133- 40.

Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid, Siglo XXI, pp.1-75.

Naciones Unidas (2019) *World Population Prospects 2019: Highlights*. United Nations: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29368/wpp2019_10.key.findings_embargoed.version.en.pdf

Nedelsky, J. y Malleson, T. (2023). *Part-Time for All. A care Manifiesto*. Heretical Thought. Oxford: Oxford University Press.

Nelson-Becker H., Victor C. (2020). Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. *J Aging Stud.* 2020 Dec; 55:100878. doi: 10.1016/j.jaging.2020.100878. Epub 2020 Sep 23. PMID: 33272449; PMCID: PMC7510422.

Nichols, B., Davis, L- Catherine R. y Richardson, D. (2010). An Integrative Review of Global Nursing Workforce, en *Annual Review of Nursing Research*, 28 (1), pp.113-132

Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*.

Berkeley: University of California Press

Núñez, S. (2013). Cuidados en personas con limitaciones. Análisis descriptivo de los datos del Censo 2011. Departamento de investigación y propuestas. Área de protección social. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1214.pdf>

Ocampo, J. A. y Gómez-Arteaga, N. (2017). Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina. *Cepal Review*. pp. 7-33. 10.18356/fe7d2b77-es.

OIT (2018). Care work and care jobs for the future of decent work, Geneva, International Labour Office, pp. 525.

Oliva Portolés, A. (2005). Debates sobre el género. En Amorós, Celia y De Miguel, Ana Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. De los debates de género al multiculturalismo. Madrid: Minerva Ediciones.

ONU (2020). Estrategias de los hogares en tiempos de COVID-19: Encuesta sobre el uso del tiempo, trabajo, género y niñez. Montevideo: ONU- Mujeres. <https://www.gub.uy/sistemacuidados/comunicacion/noticias/estrategias-hogares-tiempos-covid-19-encuesta-sobre-uso-del-tiempo-trabajo>

ONU (2022). Los cuidados comunitarios en América Latina. Una aproximación a los cuidados en los territorios. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2022-11/Cuidados_Comunitarios_09112022.pdf

Orloff, A. (1993). The politics of pensions: a comparative analysis of Britain, Canada and United States, 1880-1940. Madison: University of Wisconsin Press.

Paperman, P. (2011). La perspectiva del care: de la ética a lo político, en L. G. Arango y P. Molinier (eds.), *El Trabajo y la ética del cuidado* Medellín: La Carreta Social, pp. 25-44

Paperman, P. (2018). Responsabilidad y categorización de los destinatarios del cuidado. En Argano Gaviria et al. (coords.) *Género y Cuidado. Teorías escenarios y Políticas*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Paredes, M. (2020). Envejecer en Uruguay una actualización de los datos disponibles. En CIEN (2020) *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento*. Montevideo, CIEN. 64-83.

Paredes, M. y Pérez, R. (2014). Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En *inmayores. Las personas mayores ante el cuidado: aportes Vejece de las mujeres n° 155 de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: inmayores-mides, pp. 11-40.

Paredes, M. (2017). El envejecimiento de la población uruguaya y los aportes de un visionario. En *Cuadernos del Claeh*. Montevideo pp.169-177.

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

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

Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. México: Anthropos; UNAM

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Santiago: CEPLA.

Pautassi, L. (2016). La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Salud Colectiva*, 12(4), 621-634. doi: 10.18294/sc.2016.941

Pautassi, L. (2023). El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo. Friedrich Ebert Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/20144.pdf>

Pavolini, E. y Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy* 18, 246-259.

Pavolini, E. y Ranci, C. (eds.) (2013). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe Investigating Institutional Change and Social Impacts*. Springer.

Perrotta, V. (2020). Las licencias parentales y la corresponsabilidad de género en Uruguay: las políticas, las prácticas y los mandatos de género en tensión. Montevideo: UDELAR. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27486>

Pérez Fernández, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-169.

<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/505>

Pérez Orozco, A. y Domínguez, (2014) Cadenas globales de cuidados los cuidados más allá de las fronteras nacionales ONU-Mujeres, 1-140

Pérez Orozco, A. (2007) "Cadenas globales de cuidado", en Serie Genero, Migración y Desarrollo, DT 5, Santo Domingo, UN-INSTRAW.

Pérez Orozco, A (2014) Subversión feminista de la economía Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de Sueños.

Pérez-Rojo, et al (2008) Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, núm. 1, enero, pp. 105-117 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España.

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

Piedra Guillén, N. (2005). Feminismo y posmodernidad: luce irigaray y el feminismo de la diferencia. *Revista PRAXIS*, (57), 111-128

Pineda, J. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *La manzana de la discordia*, 9 (1), 53-69.

Pineda D., J. A. (2018). Trabajo de cuidado: mercantilización y desvalorización. *Revista CS, (Especial)*, 111-136. <https://doi.org/10.18046/recs.iEspecial.3218>

Pineda Duque, J. y Munévar, D. (2020) La organización social de los cuidados en Colombia: mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias En Araujo Guimarães, Nadya e Hirata, Helena (comps.) *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*. Buenos Aires: Medifé.

Piñuel, J.L. (2002) Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 3(1), pp. 1-42

PNUD (2014). Protección social y género en Uruguay: avances y desafíos. Cuadernos sobre Desarrollo Humano, 8. Montevideo: pnud.

- Polanyi, K. (2000) *La gran transformación*. México DF: Juan Pablos.
- Puleo, A. (1993) *La ilustración olvidada. La polémica de los sexos en el siglo XVIII*. Madrid: Editorial Anthropos.
- Puleo, A. (2002). *Feminismo y ecología*. Rev. El Ecologista no 31.
- Querejeta, M. (2021) *Impacto de la maternidad sobre el ingreso laboral en el Uruguay*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile: CEPAL.
- Pavolini, E y Ranci, C. (2013) *Reforms in long-term care policies in Europe – an introduction*. En Pavolini E. y Ranci, C. (eds.), *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*. New York: Springer, pp. 3–23.
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options*. Gender and Development, paper N° 3, Ginebra, UNRISD
- Real de Azúa, C. (1964), *El impulso y su freno. Tres décadas de Batllismo*. Montevideo: EBO.
- Recio, C. (2014): *El empleo en el sector de atención a las personas en España*, tesis doctoral, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rico, M. N. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina: forjando igualdad*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40628-politicas-cuidado-america-latina-forjando-la-igualdad>.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007, a). *La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales*. Política y Sociedad n° 4 (vol. 44).
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). *Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea*. Cuadernos de Relaciones Laborales, 29(1), 13–4. https://doi.org/10.5209/rev_crla.2011.v29.n1.1
- Rodríguez, C. y Marzonetto, G. (2015) *Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina*. Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015) ISSN 1853-9254
- Rogero García, J. (2010) *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Romero-Balsas, Pedro. (2012). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores* by Jesús Rogero García. Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 201-205. 10.2307/41762460.
- Rose, H., Errollyn, B., 1996, “Diferente valoración de la ayuda que se prestan las parejas ancianas”, en S. Arber y J. Ginn (Comps.), *Relación entre género y envejecimiento*. Enfoque sociológico, Ediciones Narcea, Madrid, pp. 163-181
- Ruddick, S. (1989) *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press. Sainsbury, D. (1996). *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511520921

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

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

Sande, S. (2018) La anticipación de la vejez en la mediana edad. Tesis Doctorado en Ciencias Sociales Especialización en Trabajo Social. Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Sanromán, G. (2021) Consultoría para el diseño y elaboración de análisis de la experiencia y mejores prácticas orientadas a extender el tiempo de trabajo en consonancia con el aumento de la longevidad para la Comisión de Expertos en Seguridad Social del Uruguay. https://cess.gub.uy/sites/default/files/2021-06/Consultori%CC%81a%20para%20el%20dise%CC%83o%20y%20elaboracio%CC%81n%20de%20ana%CC%81lisis%20de%20la%20experiencia%20y%20mejores%20pra%CC%81cticas%20orientadas%20a%20extender%20el%20tiempo%20de%20trabajo%20en%20consonancia%20con%20el%20aumento%20de%20la%20longevidad_Sanroman.pdf

Saltzman, J. (1992) Equidad de género: una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid: Cátedra.

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

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

Saraceno, C. (2016) Varieties of familism: Comparing four southern European and EastAsian welfare regimes. Journal of European Social Policy, vol. 26 (4), pp. 314-326.

Sassen, S. (2000) Women's Burden: Counter-geographies of Globalization and the Femeneization of Survival. International Affairs 53 (2): 503-524.

Sassen, S. (1999). La ciudad global: Nueva York, Londres, Tokio. Buenos Aires: Eudeba. OCLC 44559578.

Segato, R. (2015). La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda. Buenos Aires: Prometeo libros.

Scavino, S. (2018) Familismo soportado y feminización de las estrategias de cuidado en salud: desafíos persistentes para la equidad de género y el ejercicio del derecho al cuidado. Tesis de Maestría. Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Schkolnik, S. (2011). América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. Notas de Población, 37(92), pp. 275-305.

Scott, J. (2003) El género: una categoría útil para el análisis histórico, en M. Lamas (comp.), El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM

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

Sennet, R. (2006): Burocracia, y política de consumo en La cultura del nuevo capitalismo, Barcelona: Anagrama

Serrano-Alarcón M, Perelman J. Ageing under unequal circumstances: a cross-sectional analysis of the gender and socioeconomic patterning of functional limitations among the Southern European elderly. *Int J Equity Health*. 2017 Oct 3;16(1):175. doi: 10.1186/s12939-017-0673-0. PMID: 28974223; PMCID: PMC5627490.

Shiva, V. y Mies, M. (1998) *La praxis del Ecofeminismo*. Barcelona: Ed. Icaria.

Sirlin, C. (2008) *Violencia, maltrato y abuso en la vejez: Una realidad oculta, una cuestión de derechos*. Montevideo: Banco de Previsión Social.

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

Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa. SNIC (2018) *Construcción de Baremos para valoración de Dependencia*. Montevideo:

MIDES. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/construccion-de-baremos-para-valoracion-de-dependencia.pdf>

SNIC (2020) *La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay*. Montevideo: MIDES.

SNIC (2021) *ASISTENTES PERSONALES QUE CUIDAN PERSONAS MAYORES. ¿QUÉ HACER EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS? TIEMPOS DE COVID-19 AP-PERSONA MAYOR* Montevideo, SNIC. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/AP%20persona%20mayor%20recomendaciones.pdf>

Solari, A. (1987) *El envejecimiento de la población en Uruguay. Treinta años después*. Cuadernos del Claeh N° 43

Soria, A. (2021) *Desigualdad de género en el mercado laboral uruguayo en el contexto de heterogeneidad estructural*. Montevideo: Ciedur. https://ciedur.org.uy/site/wp-content/uploads/2022/02/DG_AS-1.pdf

Sirlin, C. (2008) *VIOLENCIA, MALTRATO Y ABUSO EN LA VEJEZ: una realidad oculta, una cuestión de derechos*. Montevideo: BPS. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1623/1/violencia-maltrato-y-abuso-en-la-vejez.-una-realidad-oculta-una-cuestion-de-derechos.-c.-sirlin.pdf>

Steele Gray C., Zonneveld N., Breton M., Wankah P., Shaw J., Anderson G.M., Wodchis WP. (2020) Comparing International Models of Integrated Care: How Can We Learn Across Borders? *Int J Integr Care*. 2020 Apr 1; 20(1):14. doi: 10.5334/ijic.5413. PMID: 32292312; PMCID: PMC7147684.

Thomas, C. (2011) *Deconstruyendo el concepto de cuidados*. En Carrasco, Borderías y Torns (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la Catarata.

Thomas, C. (1993) De-constructing concepts of care, *Sociology* 27 (4): 649-669.

Tobío, C. et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.

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

Tramujas Vasconcellos Neumann, L. (2019) The contribution of managed long-term services and supports to aging in place: an evaluation of the use of attendant care services to avoid nursing facility admissions. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh. (Unpublished)

Tristán, F. (1977 [1843]) *Unión obrera*. Barcelona: ed. Fontamara.

Trombetta, M., Micha, A. y Pereyra, F. (2019) Determinantes del tiempo de trabajo y brechas de género. Presentación CONICET.
[https://www.unsam.edu.ar/escuelas/economia/sidi/ediciones/files/2019/PPT%20-](https://www.unsam.edu.ar/escuelas/economia/sidi/ediciones/files/2019/PPT%20-%20Determinantes%20del%20tiempo%20de%20trabajo.pdf)

[%20Determinantes%20del%20tiempo%20de%20trabajo.](https://www.unsam.edu.ar/escuelas/economia/sidi/ediciones/files/2019/PPT%20-%20Determinantes%20del%20tiempo%20de%20trabajo.pdf) pdf

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York & London: Routledge.

Tronto, J. (2013) *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press

Tronto, J. (2018) Economía, ética y democracia: tres lenguajes en torno al cuidado, en Argango Gaivira et al. *Género y Cuidado. Teorías Escenarios y políticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes, Pontificia Universidad Javeriana.

Tronto, J. (2020) *¿Riesgo o cuidado?* Buenos Aires: Ed. Fundación Medifé

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

Ungerson, C., Yeandle, S. (2005). Care Workers and Work—Life Balance: The Example of Domiciliary Careworkers. En *Work-Life Balance in the 21st Century. The Future of Work Series*. Londres: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9780230373594_13

Urteaga, E. (2011). Las representaciones sociales de la dependencia. *Zerbitzuan* (49), pp.19-27. doi: 10.5569/1134-7147.49.02

Valenzuela, M. E., Scuro, M. L. y Vaca Trigo, I. (2020) Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina, serie Asuntos de Género, N° 158 (LC/TS.2020/179), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Valles, L. M. (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.

Van Dijk, T. (1999) El análisis crítico del discurso. Barcelona: Anthropos, 186, septiembre-octubre 1999, pp. 23-36.
<http://www.discursos.org/oldarticles/El%20an%20lisis%20cr%20tico%20del%20discurso.pdf>

Van Rompaey, E. y Scavino, S. (2018) *¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay*. País Vasco: zerbitzuan

Van Rompaey, E. & Scavino Solari, S. (2020). La “trampa de género” en la invisibilización de la dimensión emocional en el trabajo remunerado de cuidados. *Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas*, (7).
<http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/868>

Van Rompaey, E. (2017). Cualificación invisibilizada. Estudio sobre el trabajo remunerado de cuidados en domicilio en los servicios de atención barcelonés y montevideano. *Laboratorio: revista de estudios sobre cambio estructural y desigualdad social* (27), 51-68

Varela Petito, C., Fostik, A. y Pollero, R. (2008) La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo. En Varela Petito, Carmen (Coordinadora): *Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Ed. Trilce <http://www.unfpa.org.uy/publicaciones/demografia-de-una-sociedad-en-transicion:-la-poblacion-uruguaya-a-inicios-del-siglo-xxi.html>

Varela Petito, C., Fostik, A. y Pollero, R. (2008) La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo. En Varela Petito, Carmen (coord.): *Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Ed. Trilce <http://www.unfpa.org.uy/publicaciones/demografia-de-una-sociedad-en-transicion:-la-poblacion-uruguaya-a-inicios-del-siglo-xxi.html>

Vecchio, G., Castillo, B. & Steiniger, S. (2020). Movilidad urbana y personas mayores en Santiago de Chile: el valor de integrar métodos de análisis, un estudio en el barrio San Eugenio. *Revista de urbanismo*, (43), 26-45.

Villalobos Dintrans, P., Olivera, D. y Stampini, M. (2022) Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe. BID, Nota Técnica. <https://scholar.harvard.edu/files/pvillalobos/files/estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion-a-las-personas-mayores-con-dependencia-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe.pdf>

Viveros Vigoya, M. (2016, octubre 19). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52.

Waerness, K. (1984): *The Rationality of Careing En Economic and Industrial Democracy*, Department of Economic History, Uppsala University, Sweden, vol. 5(2), pages 185-211, May.

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

Walker, M. U. (2007) *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics*, 2d ed., New York: Oxford University Press.

William, W. y Mary, W. (2021) *Feminist Institutionalism and Neoliberalism*, *Feminist Economics*, 27:3, 51-76, DOI: 10.1080/13545701.2021.1883194

Wilson, G. (1996). "Yo soy los ojos y ella los brazos": cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En S. Arber y J. Ginn, coords. *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Madrid: Narcea, pp. 141-161.

Woolf, V. (2013 [1929]) *Una habitación propia*. Madrid: Penguin Random House Grupo Editorial.

World Economic Forum (2022) *Global Gender Gap Report*. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf

Zapf, D. (2002): "Emotion Work and Psychological Wellbeing. A Review of the Literature and Some Conceptual Considerations", *Human Resource Management Review*, n° 12, p. 237-268.

Zarzycki M, Seddon D, Morrison V. (2023) Informal caregiver motivations, values, challenges and gains: A photovoice and interpretative phenomenological analysis of interrelationships. *Journal of Health Psychology*. 2023; 28(6): 568–582.

doi:10.1177/13591053221124647

Zarzycki, M. et al. (2022a) How culture shapes informal caregiver motivations: a meta-ethnographic review. *Qual Health Res* 2022; 32: 1574–1589.

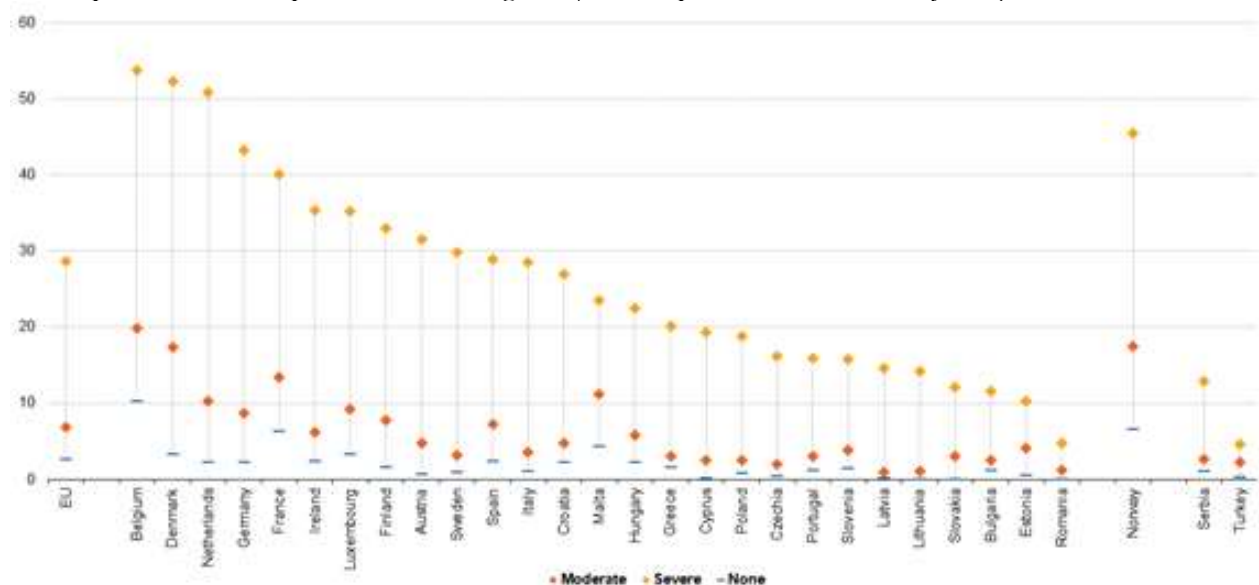
Zarzycki, M. y Morrison, V. (2021) Getting back or giving back: Understanding caregiver motivations and willingness to provide informal care. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 9(1): 636–661.

Zarzycki, M., Seddon, D., Bei, E. & Morrison, V. (2022b). Why do they care? A qualitative systematic review and metasynthesis of personal and relational motivations for providing informal care. *Health Psychology Review*, 1–33. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2058581>

Zurbrigg, J. (2021) Brechas salariales entre varones y mujeres en el Uruguay, Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/159; LC/MVD/TS.2021/6), Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

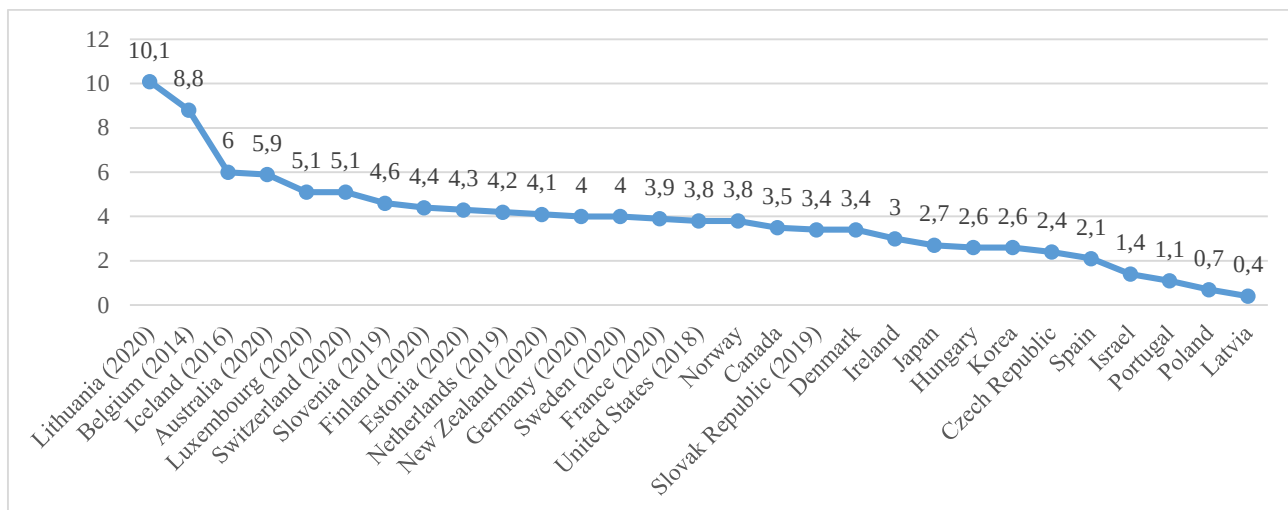
10. ANEXOS

Gráfico 1. Autorreporte del uso de servicio de cuidado domiciliario, según el nivel de dependencia de las personas en los hogares (% de la población de 65 años y más), 2019



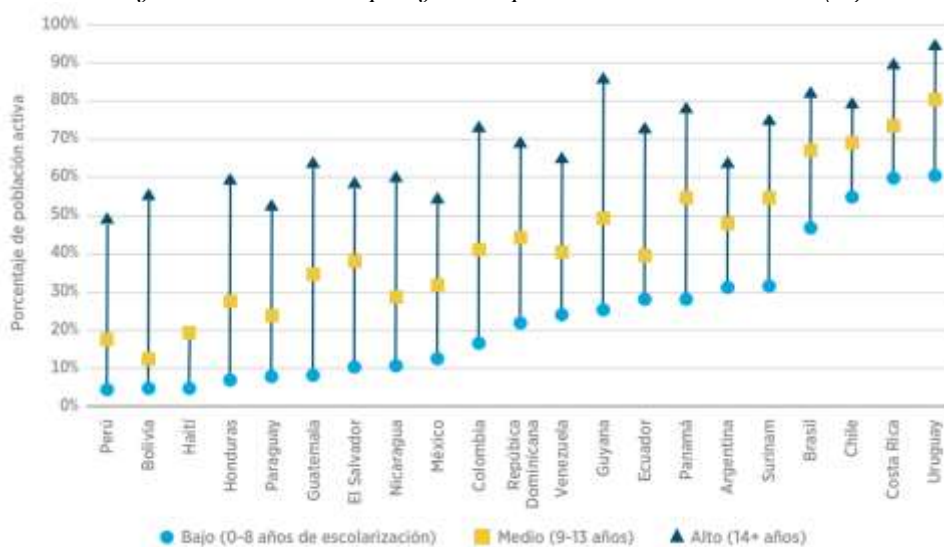
Fuente: Eurostat (online data code: hlth_ehis_am7ta)

Gráfico 2. Proporción de personas de 65 años y más que vive en centros de larga estadía (último dato disponible)



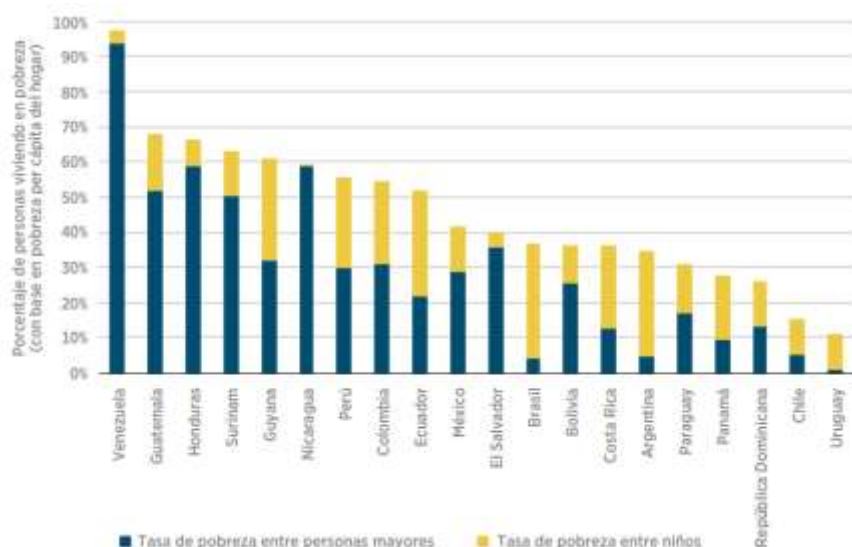
Fuente: Elaboración propia en base a OCEDStat:
<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30143>

Gráfico 3. Tasas de empleo formal por nivel educativo, 2018 (%)



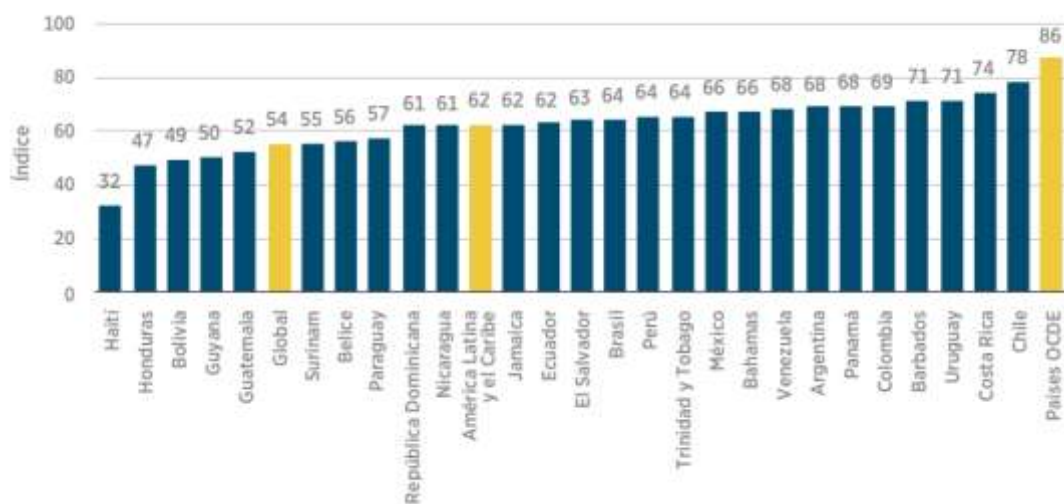
Fuente: BID, 2022, p. 54.

Gráfico 4. Tasa de pobreza en personas mayores de 65 años y en menores de 18 años (%), 2019



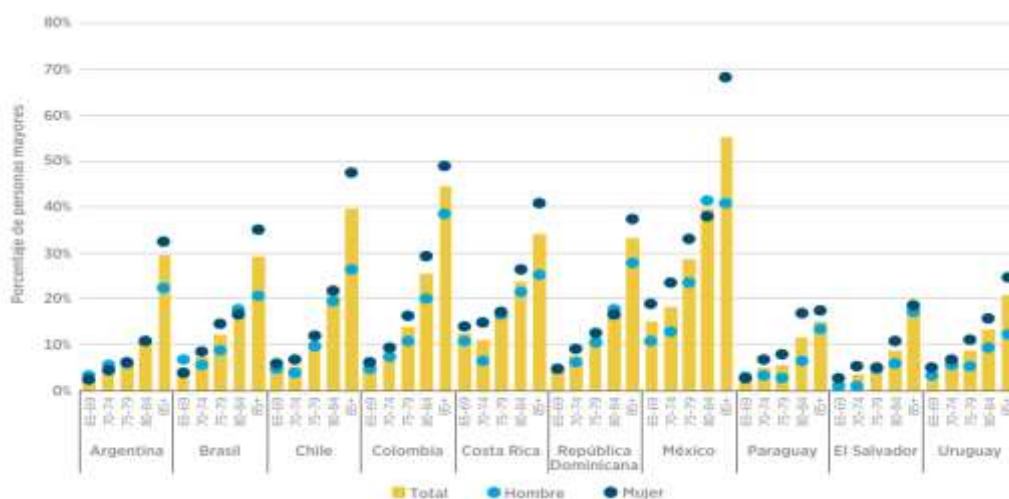
Fuente: BID, 2022, p. 98.

Gráfico 5. Índice de calidad y acceso a la salud, 2016



Fuente: BID, 2022, p. 62.

Gráfico 6. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores de 65 años (%), por sexo y tramo de edad, 2012-2018 (año más reciente disponible)



Fuente: BID, 2022, p. 34.

Cuadro 1. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores de 65 años (%), por nivel de educación 2012-2018 (año más reciente disponible)

Nivel de educación	Argentina	Chile	El Salvador	Paraguay	Uruguay
Sin educación	11,2%	22,1%	6,8%	9,8%	15,3%
Nivel primario	6,9%	14,2%	3,6%	6,3%	10,2%
Nivel secundario	6,1%	7,7%	8,0%	3,3%	6,8%
Nivel terciario	2,9%	7,8%	n/a	n/a	5,1%

Fuente: BID, 2022, p. 35.

Cuadro 2. Criterios de calidad de los servicios de atención a la dependencia

	Atención residencial				Asistencia Domiciliar	Asistencia domiciliar y residencial			Total
	Normas de calidad para instituciones de atención residencial (1= Sí, 0 =No)	Porcentaje de instalaciones con autorización oficial (1= Alto, 0 = Bajo)	Registro Nacional de Instituciones (1 = Sí, 0 = No)	Suma	Mecanismos de control de calidad para la asistencia domiciliar (1 = Sí, 0 = No)	Requisitos de formación/certificación de recursos humanos (1 = Sí, 0 = No)	Nivel de formalización de los cuidadores (1 = Alto 0 = Bajo)	Suma	
Bahamas	1	1	1	3	0	0	0	0	3
Barbados	1	1	1	3	0	0	0	0	3
Uruguay	1	0	1	2	0	1	0	1	3
Argentina	1	0	0	1	1	1	0	1	3
Colombia	1	0	0	1	1	1	0	1	3
Costa Rica	1	0	0	1	0	1	0	1	2
Perú	1	0	0	1	1	0	0	0	2
Brasil	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Chile	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Ecuador	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Jamaica	1	0	0	1	0	0	0	0	1
México	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Belize	0	0	0	0	0	0	0	0	0

República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de países = 1	11	2	4	-	3	4	0	-	24

Fuente: reelaboración en base a BID, 2022, p. 71.

Tabla 1. Porcentaje de hogares unipersonales sobre el total de hogares, según sexo de las personas que viven solas y región, Uruguay, 2019

	Sin 65		65 y más		Total	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Montevideo	20,5	12,9	15,0	40,7	18,9	22,3
Localidades +5000	14,5	9,4	15,4	43,0	14,8	20,7
Localidades -5000	15,1	10,9	19,0	43,5	16,1	22,5
Rural	10,4	4,0	10,6	28,6	10,4	13,9
Total	16,5	11,0	15,3	41,6	16,1	21,4

Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares, INE, Uruguay, 2019.

Cuadro 3. Prevalencia de la dependencia en Uruguay según diferentes fuentes

		Total	Leve	Moderada	Severa
EDPAMD - Paredes et al (2013)	65 y más	16,3	10	6,3	
	Mujeres	22,8			
	Varones	6,5			
	65 a 74 años	10,3			
	75 y más	23,1			
Encuesta de dependencia - Rossel (2014)	Total	70,9	14,6	17,3	39,0
ELPS Ola 1 - Pugliese y Sosa (2015)	65 y más	11,3	4,0	5,1	1,9
	Mujeres	14	5,5	6,4	1,8
	Varones	7,3	1,8	3,2	1,9
ELPS Ola 1 - MIDES (2018)	60 y más	9,5	3,5	3,4	2,5
	65 y más	11,3	4,0	4,2	3,1
	60 a 64	3,4	1,9	0,8	0,7
	65 a 69	5,9	2,6	2,0	1,3
	70 a 74	7,3	2,9	2,0	2,4
	75 y mas	16,6	5,4	6,7	4,5
ELPS Ola 2 - Méndez (2019)	16 y más	5,5	1,9	2,3	1,4
MIDES y BPS (2020)	60 y más (ola 1)	9,4	3,5	3,4	2,5
	60 y más (ola 2)	17,0	6,0	7,0	4,0

Notas: Rossel (2014) refiere a la encuesta de dependencia realizada a beneficiarios de la prestación por discapacidad severa del BPS. No tiene restricción de edad. El informe no presenta la prevalencia por edad o sexo, sino el peso de cada tramo de edad y sexo en el total de personas dependientes. Siguiendo a MIDES (2018) se registra como dependencia moderada en Pugliese y Sosa (2015) lo que su informe considera dependencia moderada y severa. La categoría dependencia muy severa del informe se asocia a dependencia severa. En Pugliese y Sosa (2015) la suma de los niveles de dependencia puede no sumar el total de dependencia debido a valores faltantes en las preguntas que permiten identificar los niveles. Méndez (2019) no presenta la prevalencia por edad o sexo, sino el peso de cada tramo de edad y sexo en el total de personas dependientes.

Fuente: Elaboración propia en base a Rossel (2014), Pugliese y Sosa (2015), MIDES (2018), Méndez (2019) y MIDES y BPS (2020).

Fuente: Colacce et al. (2021, p. 14).

Cuadro 4. Operacionalización de la dimensión material, tiempos y características del sector

Subdimensión	Indicadores	Fuente
Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado	Informante resumen en una grilla horaria diaria (aludiendo a un día típico) todas las personas e instituciones (remuneradas o no), cuidando de manera principal y en simultáneo. Para cada persona de 70 años y más en situación de dependencia se narra el cuidado hora a hora. A partir del mismo se conoce la cantidad de horas diarias que cuidan diferentes sectores, personas en el cuidado.	ENEC (2019)
	Tiempo dedicado a las tareas de cuidados y domésticas. En la encuesta de Uso del tiempo se realiza en base a codificadores estandarizados de listas de actividades que definen a cada uno de los tipos de trabajo no remunerados: cuidados, doméstico, voluntario.	EUT (2013)
Tiempo de trabajo remunerado	Identificación de las horas semanales de trabajo declaradas por las personas encuestadas.	ECH (2006-2019)
	Identificación del tiempo total remunerado dedicado al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia.	ENEC (2019)
Características de las trabajadoras/es remuneradas del cuidado	Identificación de las edades, ascendencia étnico.racial, niveles educativos, niveles de ingresos y sexo de las trabajadoras del cuidado.	ECH (2006-2019)
Características del trabajo	Informalidad (no aporta a caja de profesionales, no recibe aguinaldo.	ECH (2006-2019)
	Nivel de remuneración en relación con los salarios mínimos nacionales.	
	Tipo de instituciones o servicios en donde se desarrolla.	
	Cantidad de tiempo que hace que trabaja como cuidador/a en dicha institución.	

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 5. Operacionalización de la dimensión material, cosos: gastos y valorización económica del trabajo no remunerado

Costos económicos del cuidado	Consideración sobre el alcance de las políticas públicas de cuidados de larga duración (ENEC, 2019 y documentos de las políticas del SNIC)	Gastos realizados por los hogares para cuidar comprando servicios e insumos en el mercado (ENEC, 2019)	Valorización del trabajo no remunerado y estimación del mismo sobre el PIB (ENEC, 2019; ECH, 2013; EUT, 2013)

Fuente: elaboración propia.

Recuadro Metodológico 1

Los costos del cuidado se refieren al nivel micro cuando se observan los gastos económicos realizados por parte de los hogares, relacionándolos con el total de los ingresos mensuales del mismo y pudiendo referir a cómo el cuidado genera costos específicos que se ven reflejados a modo de “gasto de bolsillo”. A nivel macro, permiten reconocer el papel del Estado en el desarrollo de servicios de cuidados es necesario conocer el alcance de las políticas públicas, reflejados en los resultados del primer quinquenio de desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, así como en las rendiciones de cuentas (SNIC, 2021, 2018). Aquí, el análisis de documentos busca identificar la narrativa en torno a la necesidad y relevancia de la política pública y sus principios en relación con desarrollo de los servicios e instituciones de cuidados y el financiamiento real otorgado al mismo. Finalmente, respecto a la valorización económica del trabajo no remunerado con el fin de conocer los costos que implica la realización del mismo, a continuación, se plantea la metodología empleada para su implementación.

Para la valorización económica de las horas de cuidados no remunerados de familiares o no familiares con los que se cohabita o no, se tomó como referencia el trabajo realizado por Salvador (2009, 2015) a nivel nacional de la valorización del trabajo no remunerado nacional en base a las Encuestas de Uso del Tiempo de 2007 y 2013. Para llegar a conocer el valor del trabajo no remunerado sobre el PIB existen dos métodos de estimación del precio del trabajo no remunerado: uno parte del costo de los insumos para el trabajo final (*output*), y otro del valor del producto final (*input*) siendo ambos válidos en los Sistemas de Cuentas Nacionales. El método *output* resulta poco usado debido a la escasez de información sobre las unidades necesarias para la realización del TNR (EUROSTAT, 2003 en Salvador, 2015). A partir del desarrollo de las EUT donde se cuenta con información sobre las horas de trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario, el método *input* ha sido el más utilizado pudiéndose realizar dos ejercicios: considerar el costo de reemplazo (¿Cuánto se tendría que pagar por estos servicios si se comprasen en el mercado) y costo de oportunidad (¿Cuánto valor de mercado está perdiendo una persona cuando cuida en vez de realizar su trabajo remunerado conforme a sus niveles educativos, posición socio ocupacional, entre otras?). La primera ha sido la más aplicada, recomendada por la EUROSTAT, aplicada por el INEGI de México y por Salvador (2015) para el caso uruguayo (Salvador, 2015, pp. 219-221).

Como en el ejercicio realizado por Salvador en 2015 en base a la EUT, se estiman los salarios líquidos, debido a que es la información con la que se cuenta en la mencionada ECH. Para conocer el valor hora para estimar dichos salarios es necesario identificar al sector de cuidados. Las herramientas disponibles para identificar a las trabajadoras del cuidado en encuestas permiten reconocer a las cuidadoras de personas mayores, enfermas o convalecientes en domicilio o instituciones en base a los códigos de ocupación los Clasificadores Internacionales Uniformes de Ocupaciones (95, 08 y 08 revisión 2012, Ver Cuadro 4 en Anexos. La CNUO_95 es utilizada en las ECH hasta 2011 inclusive, siendo la CNUO 08 revisión 2012 la utilizada en las ECH desde 2012 hasta ahora. Fuente: Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.gub.uy/documents/10181/33603/NOTA+EXPLICATIVA+CIUO_08.pdf/ccfa9fc7-5671-4ba3-a2fd-e771d545eebc (Última consulta: 31 de Julio de 2022)). Siguiendo la clasificación presentada por Aguirre (2013), se detallan a continuación los códigos que permitieron tanto la caracterización del sector cuidados y doméstico. Entre estos códigos para la estimación del valor hora se considera el código de ocupación 5322 de la CIUO 08, de la Encuesta Continua de Hogares de 2019. El mismo se utiliza para reconocer los siguientes tipos de trabajo: trabajadores de cuidados personales en domicilio, camillero de ambulancia (domicilio), auxiliar de enfermería (domicilio), acompañante de personas convalecientes (domicilio) y cuidador de enfermos a domicilio.

Para la valorización del trabajo de cuidados dirigido a personas mayores en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana, en la ENEC se cuenta con información sobre las horas diarias que cada persona en situación de dependencia recibe del total de actores que participan en su cuidado, esto implica que la cantidad de horas destinadas para el bienestar de una persona en situación de dependencia, exceden en varios casos las 24 horas del día. Para el cálculo, se estimó el valor hora promedio (pesos constantes) en 153,4 pesos uruguayos (Ver Tabla 2 a continuación en Anexos). Si se considera el valor promedio del dólar en 2019, situado en 37,54 el mismo corresponde a 4,08 dólares por hora. Los cálculos anuales se hicieron en dos escenarios fictos: uno que supone que el día típico de cuidados se repite los 365 días del año 2019 y otro en donde se multiplica por el total de los días del año, excluyendo fines de semana (104 días) y feriados (10) en 2019 siendo 251 días hábiles. La multiplicación por los días tiene consecuencias en el peso total del TNR de cuidados para personas mayores de 70 en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana sobre el total del PIB para Uruguay en 2019: (el mismo toma como referencia el presentado por el Estado Uruguayo en miles de pesos corrientes por año: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/pib-miles-pesos-corrientes> La cifra asciende para 2019 a 2.158.728.681.500 pesos uruguayos)

Cuadro 6. Operacionalización de la dimensión cultural: representaciones sociales de género y cuidados para personas en situación de dependencia

Dimensiones	Subdimensiones	Ítems en la encuesta (Escala Likert del 1 al 5)

Familia	Hijos o hijas dejen de trabajar para cuidar	Sería deseable que las hijas mujeres dejen de trabajar para cuidar a las personas mayores que lo necesite
		Sería deseable que los hijos varones dejen de trabajar para cuidar a las personas mayores que lo necesite
	Preferencia cuidado familiar PM enferma	Es preferible que las mujeres de la familia cuiden a las personas mayores cuando enferman
		Es preferible que los varones de la familia cuiden a las personas mayores cuando enferman
Trabajo de cuidados remunerado		Cuando contrato a una persona para cuidar a personas mayores, prefiero que sea una mujer
		Cuando contrato a una persona para cuidar a personas mayores, prefiero que sea un varón
Esencialización	Mujeres cuidan mejor que varones /varones cuidan mejor que mujeres	En general, las mujeres cuidan mejor de las personas mayores que los varones
		En general, los varones cuidan mejor de las personas mayores que las mujeres

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 7. Operacionalización de la dimensión cultural: estrategias ideales de cuidados para personas en situación de dependencia

Dimensiones	Sub- dimensiones	Ítems
Pluralismo de actores en las estrategias ideales: menciona sólo un sector de cuidados y cuál en la estrategia de cuidados ideal o menciona combinaciones de formatos de cuidados	Solo menciona familia	Hijo, hija, pareja varón o mujer, otro familiar
	Solo menciona cuidado remunerado domiciliario	Persona cuidadora remunerada en domicilio
	Solo menciona centros de cuidados	Centros de día o de larga estadía
	Familia y cuidado remunerado domiciliario	Hijo, hija, pareja varón o mujer, otro familiar y persona cuidadora remunerada en domicilio
	Familia y centros	Hijo, hija, pareja varón o mujer, otro familiar y centros de día o de larga estadía
	Familia, cuidados remunerado en domicilio y centros	Hijo, hija, pareja varón o mujer, otro familiar, persona cuidadora remunerada en domicilio y o centro de día o de larga estadía
	Cuidados remunerados o centros	Centros de día o larga estadía y persona cuidadora remunerada en domicilio
Familiarización-desfamiliarización	Familiarización	Menciona solo familia o la combinación de familia con otras fuentes de cuidados
	Desfamiliarización	Menciona solo centros de día, larga estadía o cuidados remunerados en domicilio
Espacios donde se desarrollan las estrategias ideales de cuidados para personas mayores en situación de dependencia	Exclusivamente en domicilio	Familia (hijo/a, pareja varón o mujer y otros) y cuidados remunerados en domicilio
	Exclusivamente servicios	Centros de día o larga estadía
	Ambos (domicilio y servicios)	Menciona ambos escenarios por ejemplo hija/o, y centro de día

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 8. Clasificación de las políticas de cuidados y tipo de política de cuidados que cree que el Estado debería desarrollar para el cuidado de las personas de 70 años y más en situación de dependencia según los actores de los que depende y el papel de des familiarización-familiarización

Agrupación	Tipo de política	Tipo de actor del que depende	Función familiarizadora o desfamiliarizadora
Licencias de cuidados	Licencias para el cuidado de personas con dependencia	MERCADO	De “ajuste” TR-TC
	Licencias para cuidados por enfermedad		

Flexibilidad y reducciones horarias	Flexibilidad horaria en el trabajo (trabajar desde la casa, horarios libres para el cuidado)		De remuneración a través del mercado laboral del cuidado familiar
	Reducciones horarias pagas a trabajadores		
Familia	Pago a familiares para la realización de tareas de cuidado	ESTADO (Gestión Directa)	Familiarista
Cuidados remunerados en domicilio	Pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio		No familiarista pero domiciliario
Cuidados institucionales	Centros de cuidado de 24 horas		Servicios
	Centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibilidad horaria)		Servicios

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019.

Cuadro 9. Operacionalización de la dimensión cultural: políticas públicas que el Estado debería desarrollar para el cuidado de personas mayores de 70 y más en situación de dependencia

Dimensiones	Sub- dimensiones	Ítems
Políticas según familismo	Familiariza el cuidado: remunera directa o indirectamente el trabajo de cuidados familiar.	Pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio y licencias para el cuidado de personas con dependencia; o licencias para cuidados por enfermedad, o flexibilidad horaria en el trabajo (trabajar desde la casa, horarios libres para el cuidado), o reducciones horarias pagas a trabajadores.
	Institucionaliza	Centros de cuidado de 24 horas o centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibilidad horaria).
	Desfamiliariza en domicilio	Pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio.
	Desfamiliariza Ambos	Pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio, y centros de cuidado de 24 horas o centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibilidad horaria).
	Otros	Otros
Políticas según lugar en donde se desarrollan	Domiciliario	Licencias para el cuidado de personas con dependencia; o licencias para cuidados por enfermedad, o flexibilidad horaria en el trabajo (trabajar desde la casa, horarios libres para el cuidado), o reducciones horarias pagas a trabajadores o pago a cuidadoras/es remuneradas a domicilio, o pago a familiares para la realización de tareas de cuidado.
	Centros de cuidados	Centros de cuidado de 24 horas o centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibilidad horaria).
	Ambos	Mencionan cuidados domiciliarios e instituciones como parte de las políticas de cuidados que deberían desarrollarse, de manera indistinta.
	Otros	Otros

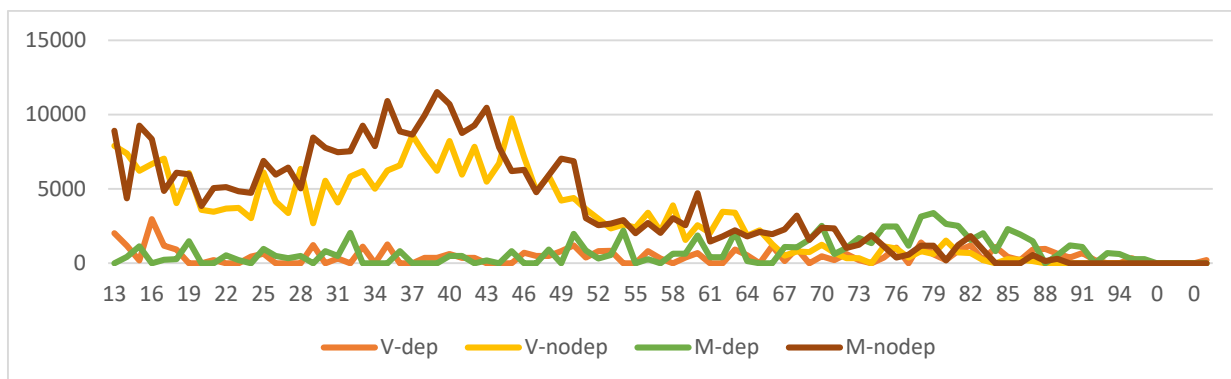
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Características generales de los hogares y personas en la ENEC (2019)

	No ponderado	Ponderado
Hogares con PM70dep	143	48821
Total de personas en hogares con PM70dep	380	120989
Total de PM70dep	152	53268
Personas o instituciones cuidadoras	228	78692
Total de hogares en la ENEC	1201	281853
Porcentaje		
Hogares solo con niños/as	65,6	
Hogares solo con PM70dep	14,8	
Hogares solo con PDep13-69	15,4	
Hogares con PDep13-69 y PM70dep	1,7	
Hogares con niños/as y PDep13-69 o PM70dep	2,5	
Total	100	

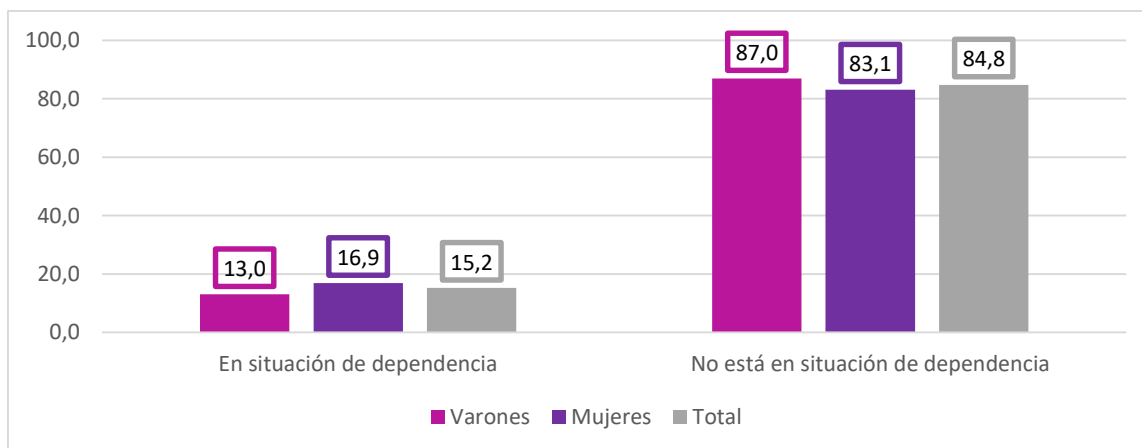
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Gráfico 5.1. Estructura de edades según dependencia y sexo. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



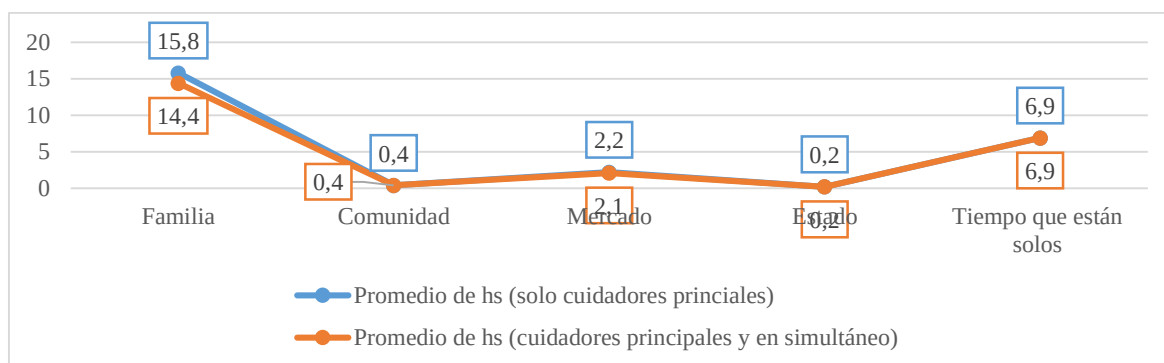
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Gráfico 6.1. Prevalencia de la dependencia según sexo en personas mayores en la ENEC. Montevideo, 2019



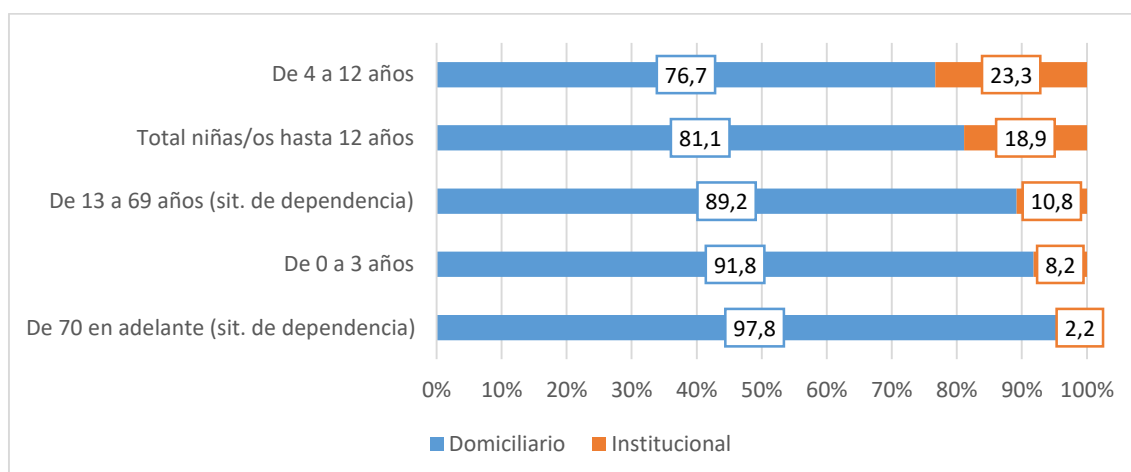
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Gráfico 7. Horas promedio dedicadas por cada sector (solo principales y principales simultáneos) y tiempo solos para el total de PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Gráfico 8. Porcentaje del tiempo brindado por personas o instituciones (cuidadora/o principal) según si en el hogar hay presencia de al menos una persona según tipo de situación de dependencia. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, 2019 y el informe de resultados (Batthyány et al., 2020).

Tabla 3. Valorización del trabajo no remunerado de cuidados para PM70dep sobre el total del PIB nacional, según edad de las personas cuidadoras, 2019

	Escenario de cuidados constantes		Escenario de cuidados con dos días de descanso	
Hasta 30	118	0,2	81	0,1
De 31 a 50	435	0,8	299	0,5
De 51 a 70	435	0,8	299	0,5
De 70 y más	257	0,4	177	0,3

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENEC, Banco Central del Uruguay.

Tabla 4. Tipo de cuidador de PM70dep, según sexo. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Total	Varones (n=57)		Mujeres (n=167)	
		Porcentaje Columnas	Porcentaje Filas	Porcentaje Columnas	Porcentaje Filas
Familiar cohabita (n= 147)	55,6	69,3	30,0	52,1	70,0
Familiar no cohabita (n= 32)	19,8	27,4	33,3	17,7	66,7

No familiar cohabita (n= 6)	2,1	0,0	0,0	2,8	100,0
No Familiar no cohabita (=39)	21,2	3,3	3,7	27,3	96,3
Centro de cuidados diurno (n = 4)	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Total (n= 228)	100	100	24,1	100	74,6

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC.

Tabla 5. Situación laboral de las personas cuidadoras familiares del PM70dep

	No trabaja	Trabaja
Familiar que vive en el hogar	54,9	45,1
Familiar que no vive en el hogar	100	0
Varones	64,2	35,8
Mujeres	67,9	32,1
Total	66,8	33,2

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de cuidadores familiares (cohabita o no)

Tabla 6. Valorización del trabajo no remunerado de cuidados para PM70dep sobre el total del PIB nacional, según edad de las personas cuidadoras, 2019

	Escenario de cuidados constantes		Escenario de cuidados con dos días de descanso	
Madre o padre	26	0,0	18	0,0
Hija o hijo	648	1,1	445	0,8
Yerno o nuera	96	0,2	66	0,1
Hermana o hermano	9	0,0	6	0,0
Otro familiar	84	0,1	58	0,1
No familiar amigo vecino	11	0,0	8	0,0
Cuñada	9	0,0	6	0,0
Pareja de la persona dependiente	254	0,4	175	0,3
Nieta o nieto	107	0,2	74	0,1

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la ENEC, Banco Central del Uruguay.

Tabla 7. Grados de dependencia por participación de cada sector en las estrategias de cuidados de PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Leve	Moderada	Severa	Total
Familia (Sí)	86,3	84,8	100	88
Mercado (Sí)	21,8	29,8	11,9	23,5
Comunidad (Sí)	8,1	7,1	0	6,3
Estado (Sí)	4,5	2,1	10,9	4,6

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia.

Tabla 8. Situación laboral de cuidadores familiares que cohabitan con las PM70dep según grados de dependencia. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	No trabaja	Trabaja	Hs Semanales promedio
Leve	35,7	64,3	42,0
Moderada	60,9	39,1	27,0
Severa	68,0	32,0	42,0

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC.

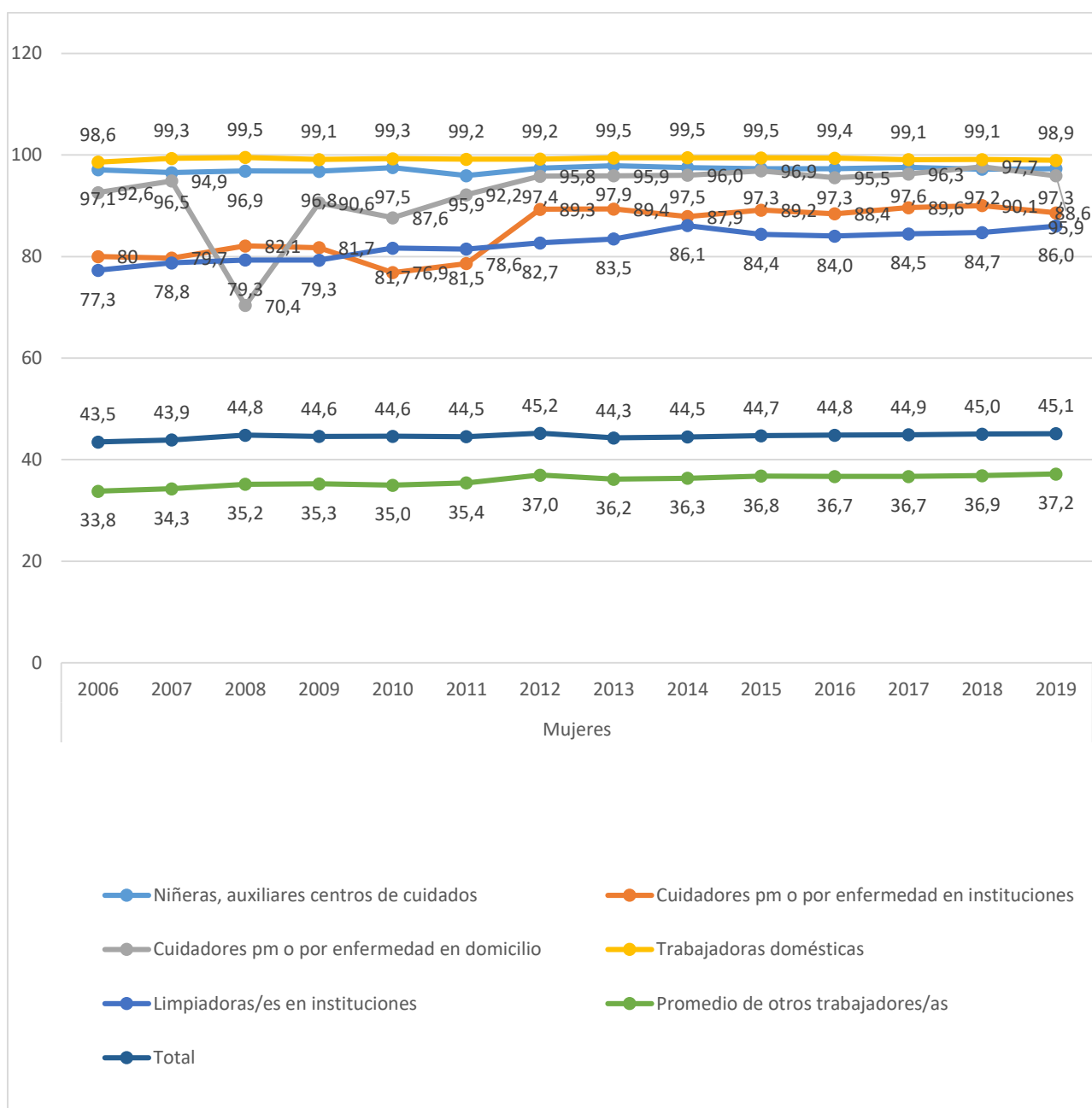
PM70dep (n=143).

*Tabla 9. Tipo de licencias mencionadas exclusivamente y cantidad de tipos de políticas.
Montevideo y Área metropolitana, 2019*

		% de N columnas
Licencias	No la mencionó o lo hizo junto a otras	95,6
	La mencionó de manera exclusiva	4,4
	Total	100,0
Flexibilidad horaria y horarios laborales	No la mencionó o lo hizo junto a otras	96,5
	La mencionó de manera exclusiva	3,5
	Total	100,0
Centros de día o de larga estadía	No la mencionó o lo hizo junto a otras	87,9
	La mencionó de manera exclusiva	12,1
	Total	100,0
Cuidado remunerado en domicilio	No la mencionó o lo hizo junto a otras	83,8
	La mencionó de manera exclusiva	16,2
	Total	100,0
Remuneración de familiares	No la mencionó o lo hizo junto a otras	95,4
	La mencionó de manera exclusiva	4,6
	Total	100,0
Total de políticas mencionadas	Más de 1	59,2
	1	40,8
	Total	100,0

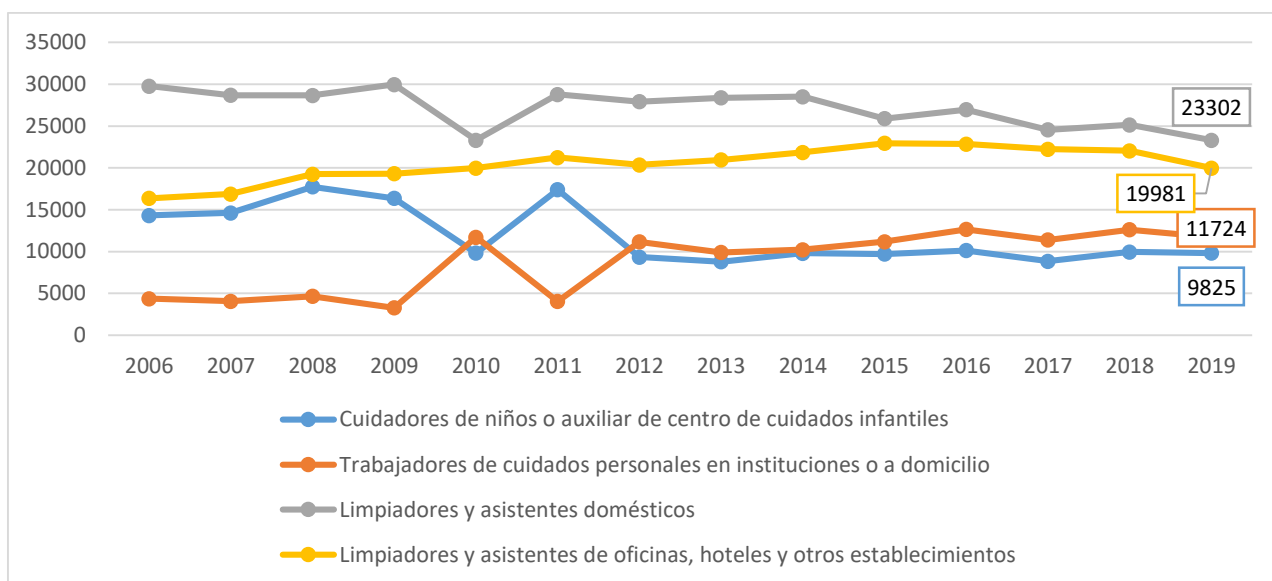
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

Gráfico 9. Feminización del trabajo remunerado de cuidados y doméstico en domicilio o instituciones. Total, país, 2006-2019



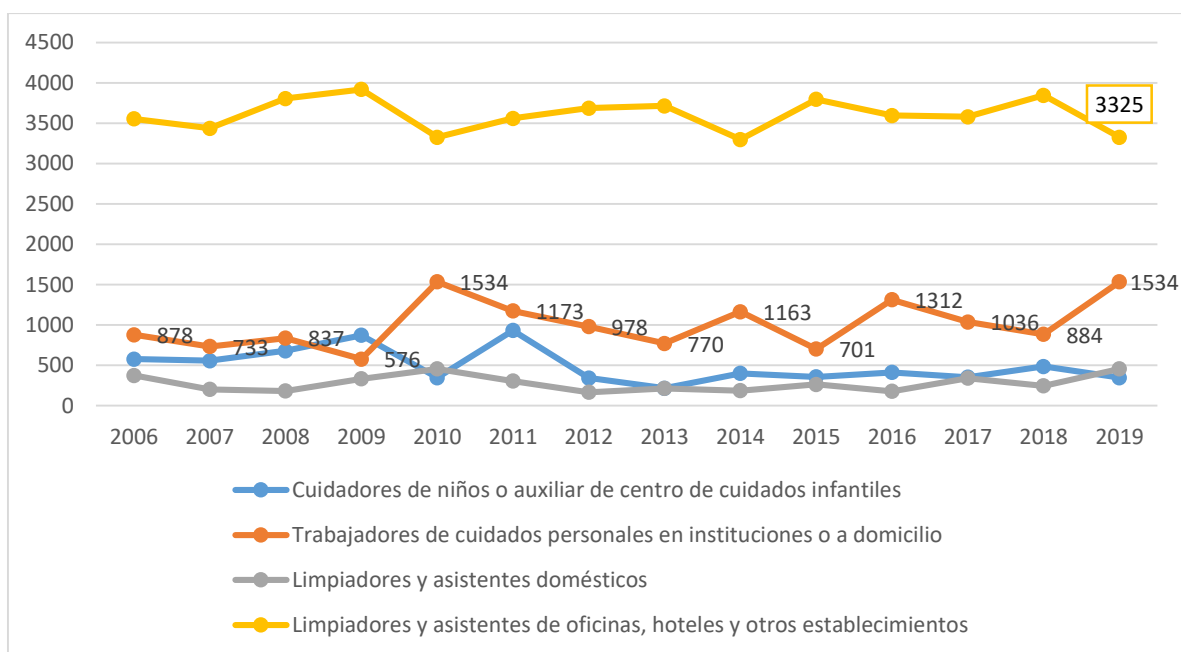
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ECHs 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Gráfico 10. Total, de personas trabajadoras de los cuidados o la limpieza en hogares o instituciones. Montevideo, 2006-2019



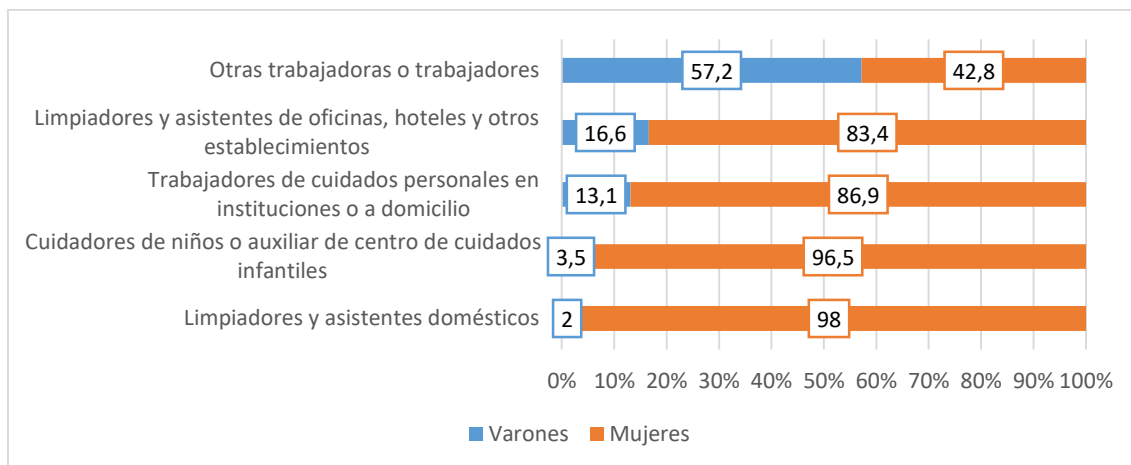
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ech 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Gráfico 11. Varones trabajadores de los cuidados o la limpieza en hogares o instituciones. Montevideo, 2006-2019



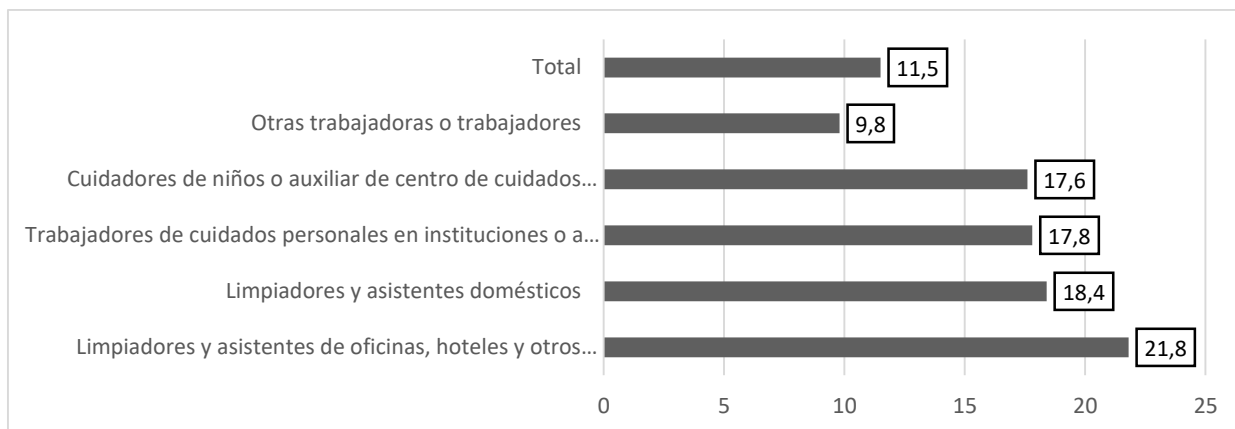
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ech 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Gráfico 12. Sexo de los/as trabajadores/as según tipo de ocupación. Montevideo, 2019



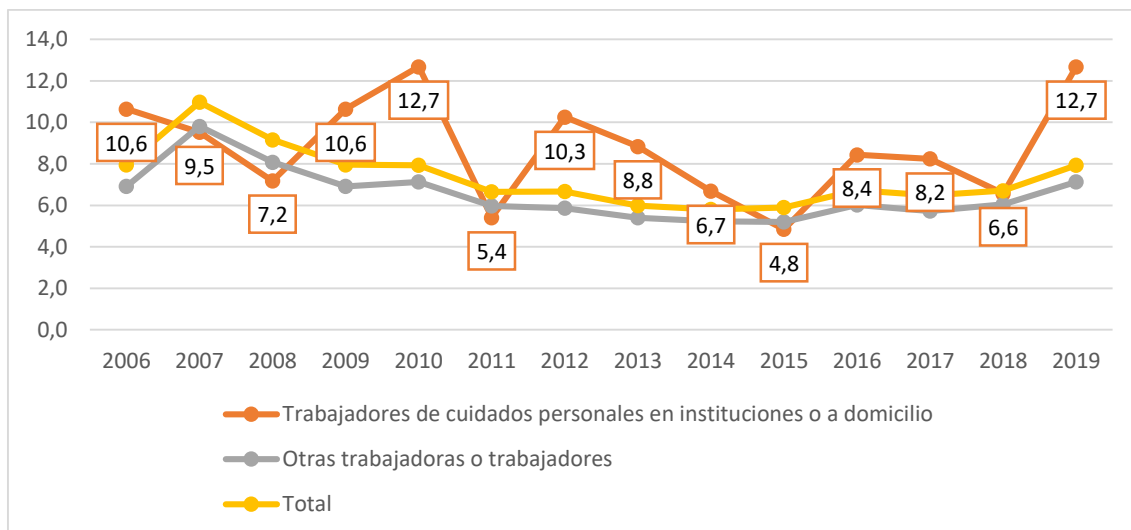
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de la ech 2019, estandarizada por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Gráfico 13. Porcentaje de personas afro o negras (si contestó sí, independientemente de que sea la principal) en ocupaciones de cuidados y limpieza y total de ocupados. Montevideo, 2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ech 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Gráfico 14. Subempleo (desearía y tiene disponibilidad para trabajar más horas de las que trabaja) para cuidadores y total de ocupadas/os. Montevideo, 2006-2019



Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de las ech 2006 y 2019, estandarizadas por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Tabla 10. Categoría de ocupación principal y todas las ocupaciones. Total, de trabajadores, Montevideo, 2019

	Trabajadores de cuidados personales en instituciones o a domicilio	Otras trabajadoras o trabajadores	Total
Asalariado privado	84,8	57,3	60,1
Asalariado público	9,6	17,5	16,4
Patrón	0,3	3,7	3,3
Cuenta propia	5,0	20,5	19,2
Otras actividades	0,3	1,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0

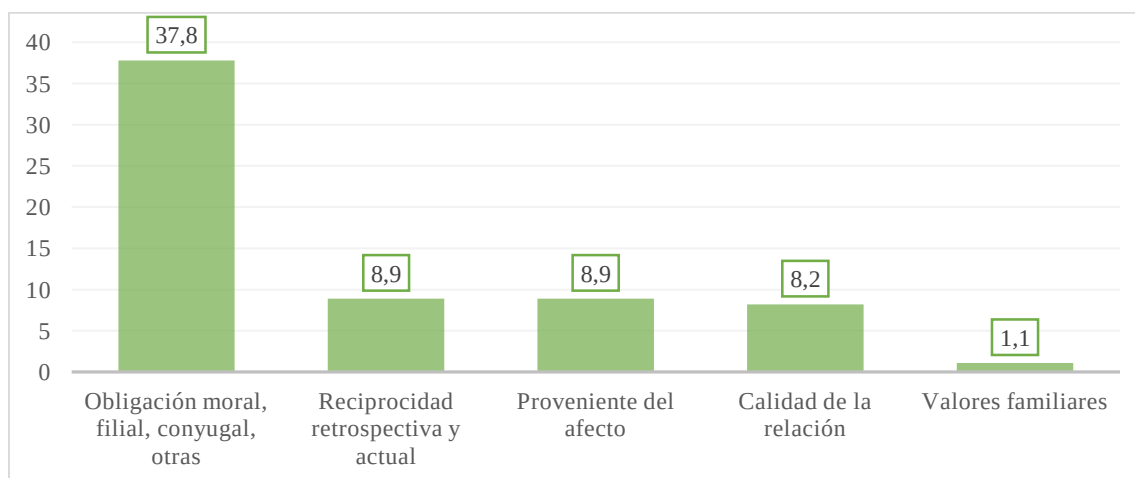
Fuente: elaboración propia en base a los micro datos de la ECH 2019, estandarizada por la unidad de métodos y análisis de datos de la FCS.

Tabla 11. Porcentaje que usaría servicios de calidad y gratuitos, según tipo de servicio y nivel de dependencia de las PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Total	Leve	Moderada	Severa
Centro de larga estadía	30,3	32,4	26,9	33,5
Centro de día	40,1	47,1	35,7	34,2
Asistente personal	71,5	68,3	71,9	78,6

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de PM70dep.

Gráfico 15. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Relación entre quien cuida y quien es cuidado” por familiares de manera no remunerada de PM70dep



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Tabla 12. Obligación como principal motivo de cuidados, según sexo y convivencia de las personas cuidadoras de PM70dep, 2019

	Mujeres cuidadoras con las que conviven (191)	Mujeres cuidadoras con las que no conviven (44)	Mujeres cuidadoras remuneradas (66)	Varones cuidadores con los que se conviven (88)	Varones cuidadores con los que no se convive (17)	Total
Total Obligación	43,5	25,0	12,1	42,0	41,2	37,6
Obligación	8,9	0,0	12,1	9,1	0,0	8,1
Obligación y culpa	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Obligación filial	15,7	18,2	0,0	22,7	11,8	14,8
Obligación conyugal	7,9	2,3	0,0	5,7	0,0	5,2
Obligación familiar	9,9	4,5	0,0	4,5	29,4	7,4

Fuente. Elaboración propia en base a la codificación de motivos por los cuales se cuida a PM70dep.

Tabla 13. Obligación como motivación para el cuidado, codificadas en las respuestas de las personas que cuidan y conviven con PM70dep, según nivel socioeconómico

	Bajo, convive (77)	Medio, convive (185)	Alto, Convive (38)
Total obligación	42,9	38,9	39,5
Obligación	5,2	9,7	7,9
Obligación y culpa	2,6	0,0	0,0
Obligación filial	19,5	15,7	18,4
Obligación conyugal	5,2	7,6	5,3
Obligación familiar	10,4	5,9	7,9

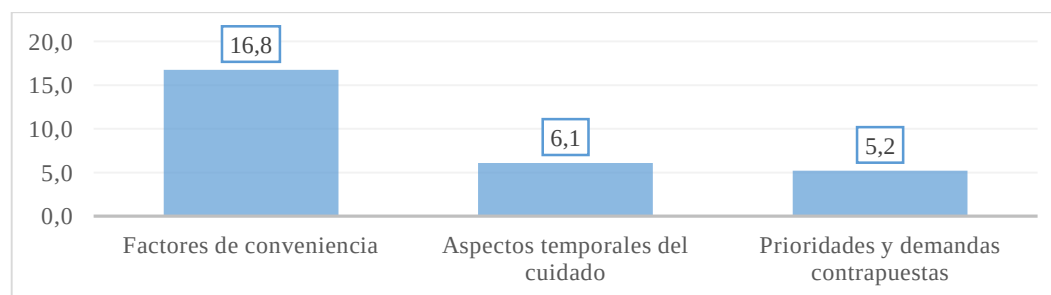
Fuente. Elaboración propia en base a la codificación de motivos por los cuales se cuida a PM70dep.

Tabla 14. Motivaciones para cuidar por parte de personas que conviven y cuidan de manera no remunerada, de hogares de distintos niveles socioeconómicos

	Bajo_convive (77)	Medio_convive (185)	Alto_Convive (38)
Factores de conveniencia	24,7	23,8	21,1
Total reciprocidad	3,9	8,6	13,2
Reciprocidad pasada	1,3	5,9	13,2
Reciprocidad esperada	0,0	0,0	0,0
Reciprocidad actual	2,6	2,7	0,0
Proveniente del afecto	3,9	10,8	10,5
Calidad de la relación	3,9	4,3	5,3
Valores familiares	0,0	0,5	0,0
Características de las personas que cuidan	5,2	2,2	2,6
Formas de ver la enfermedad	9,1	5,9	2,6
Normas culturales en torno a los cuidados	0,0	0,5	0,0
Evitar ir a un centro	6,5	4,3	5,3

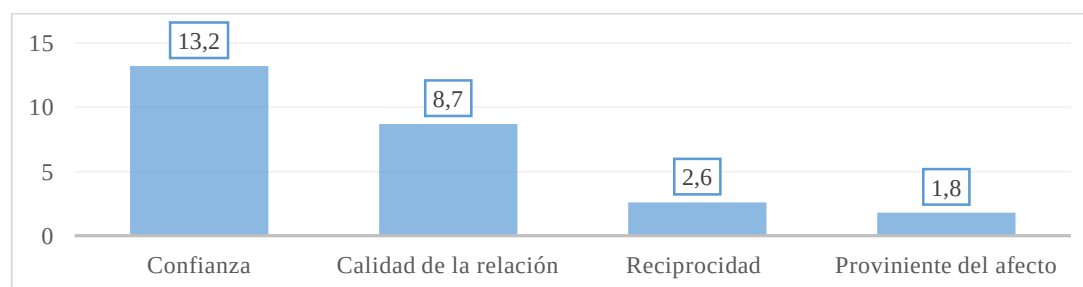
Fuente. Elaboración propia en base a la codificación de motivos por los cuales se cuida a PM70dep. Morrison (2021).

Gráfico 16. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Contexto de cuidados” por cuidadoras/es remunerados o Asistentes Personales de PM70dep



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 17. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Relación entre quien cuida y quién es cuidada/o” por cuidadoras/es remunerados o Asistentes Personales de PM70dep



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

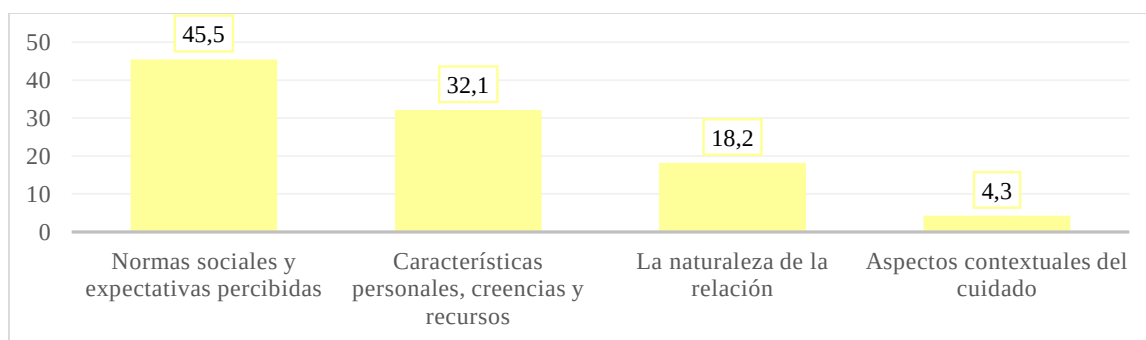
Tabla 15. Motivos por los que no se utilizarían cuidados domiciliarios para personas mayores

	Total (71)
No requiere	33,8
Prefiere familia	32,4
Desconfianza	23,9

Económicos	2,8
Prefiere privado	2,8
Prefiere centro	2,8
Preferencia hogar	1,4
Total	100

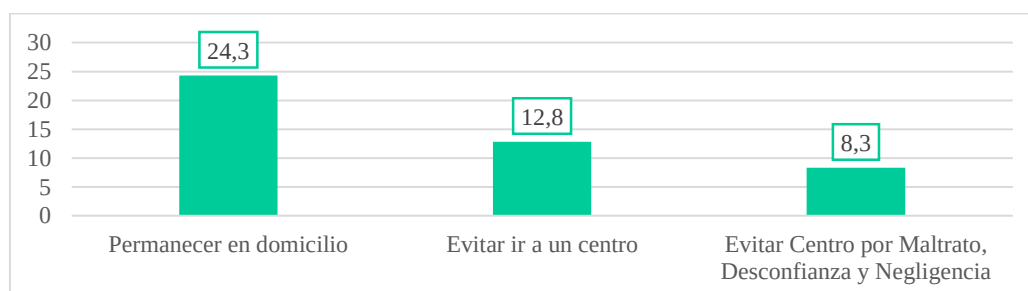
Fuente. Elaboración propia en base a la codificación de motivos por los cuales se cuida a PM70dep.

Gráfico 18. Densidad de las sub-dimensiones de los motivos por las cuales no se usaría un Centro de Día de PM70dep



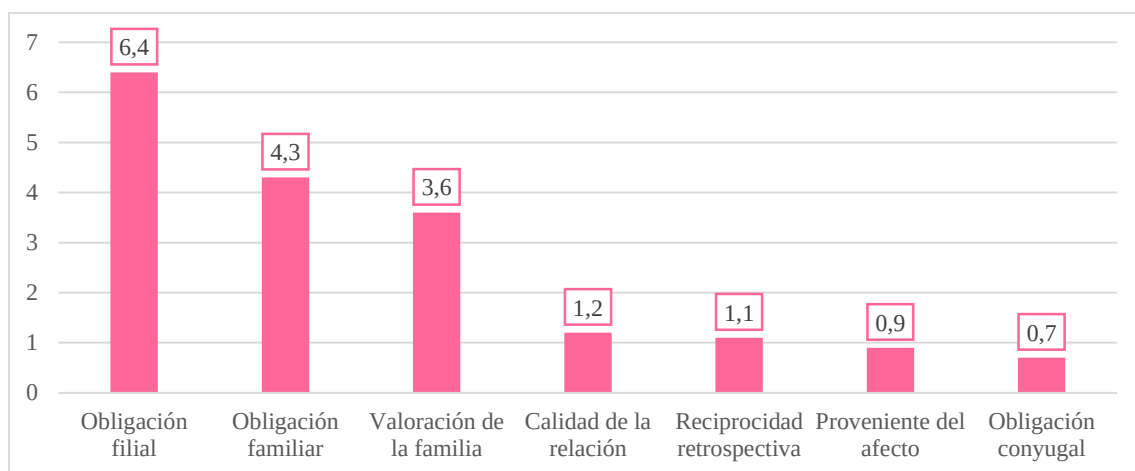
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 19. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Normas sociales y expectativas percibidas” como motivos de no uso de Centros de día



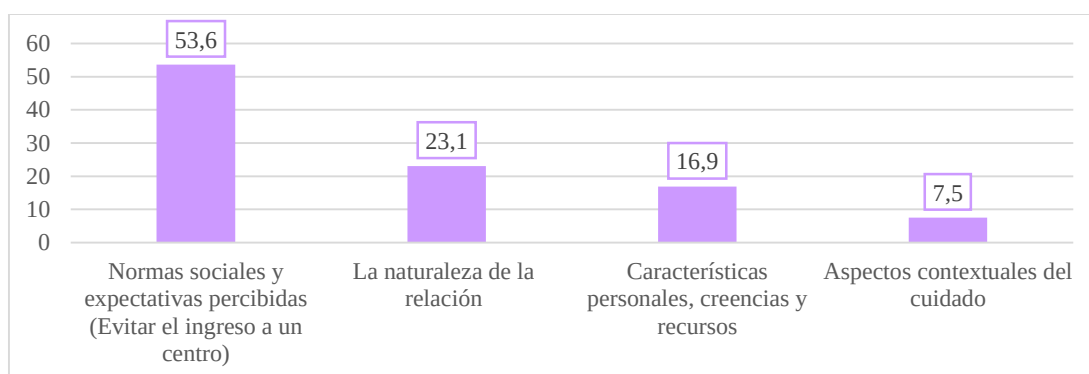
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 20. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Relación entre quién cuida y quién es cuidada/o” como motivos de no uso de Centros de día



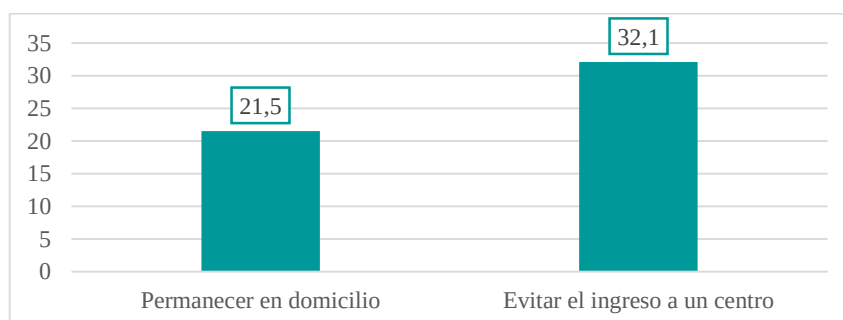
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 21. Densidad de las sub-dimensiones de los motivos por las cuales no se usaría un Centro de Larga Estadía para Personas Mayores en situación de dependencia



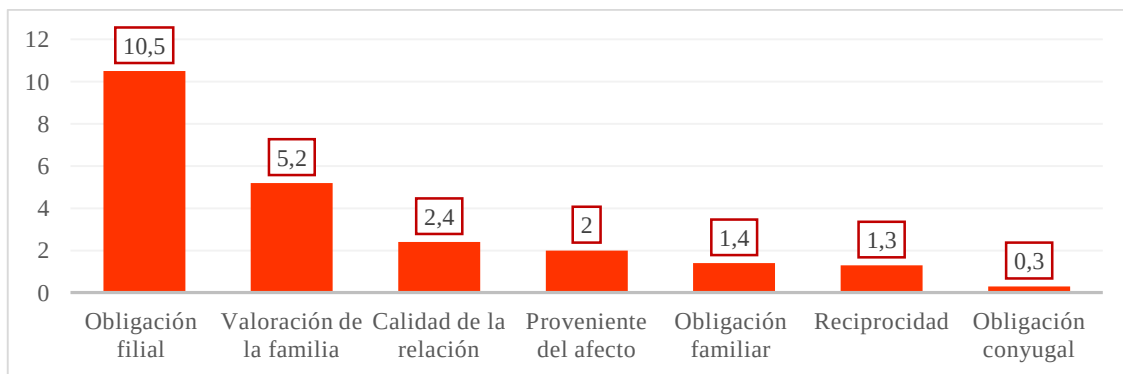
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 22. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Normas sociales y expectativas percibidas” como motivos de no uso de Centros de Larga Estadía



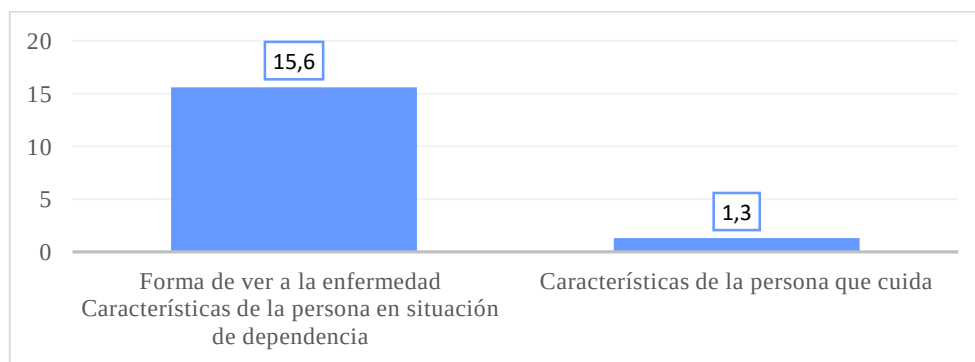
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 23. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Relación entre quien cuida y quien es cuidada/o” como motivos de no uso de Centros de Larga Estadía



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Gráfico 24. Densidad de las categorías que componen la subdimensión “Características de la persona en situación de dependencia” como motivos de no uso de Centros de Larga Estadía



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados, Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC y la categorización basada en Zarzycki et al. (2022, p. 11) y Zarzycki y Morrison (2021).

Cuadro 10. Diagrama de las motivaciones y deseos de cuidar por parte de los cuidadores de manera individual

Theme 1: contextual aspects of caregiving

This theme highlights the importance of the wider situational and temporal context within which caregiving is situated. The contextual subthemes (1.1 and 1.2 below) affect the extent to which

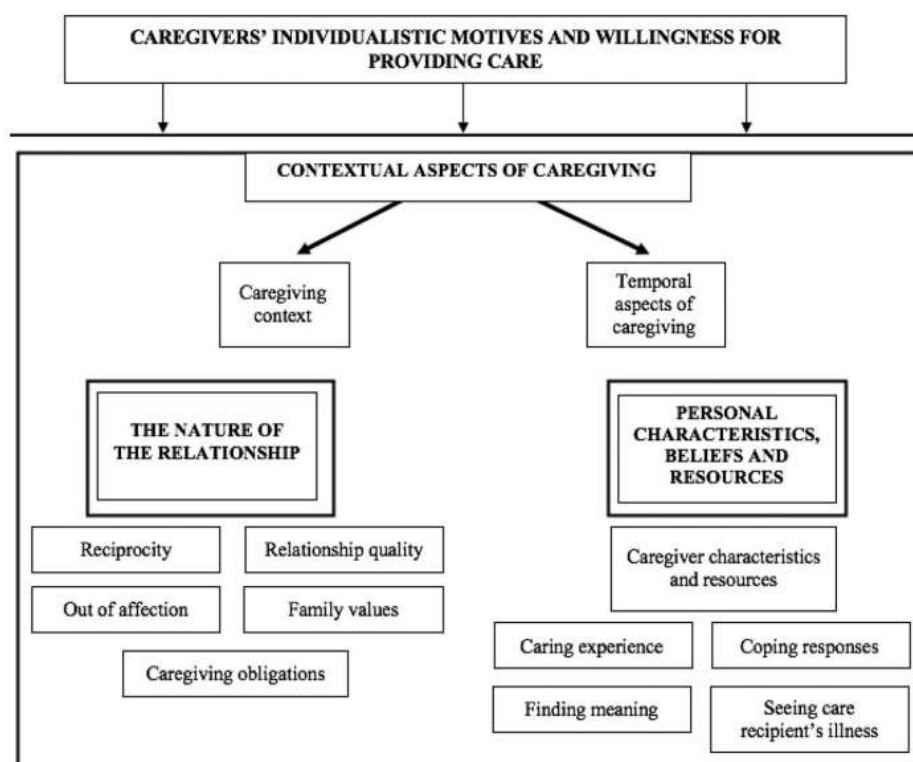


Figure 2. Diagram of individualistic influences on caregiving motivations and willingness.

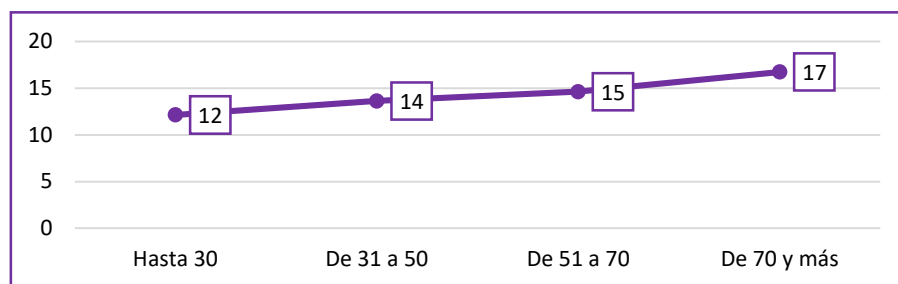
Fuente: Mikołaj Zarzycki, Diane Seddon, Eva Bei & Val Morrison (2022): Why do they care? A qualitative systematic review and meta-synthesis of personal and relational motivations for providing informal care, Health Psychology Review, DOI: 10.1080/17437199.2022.2058581 – p. 10

Tabla 15. Porcentaje de hogares con PM70dep que realizaron gastos específicos en cuidados. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Porcentaje de hogares que realizaron gastos	Promedio de gasto mensual
Medicamentos específicos asociados a la situación de dependencia	78,0	3854
Tratamientos terapias talleres que impliquen costos extras a los apoyos estatales	14,5	2869
Equipamiento para el hogar y la persona cuidada como silla de ruedas oxígeno	20,1	4004
Dieta específica vestimenta específica asociada con la situación de dependencia	24,6	466
Otros gastos	16,9	4355

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de PM70dep.

Gráfico 25. Promedio de horas según tramo de edad de las mujeres familiares o no, que cohabitan o no, que cuidan de PM70dep de manera no remunerada. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



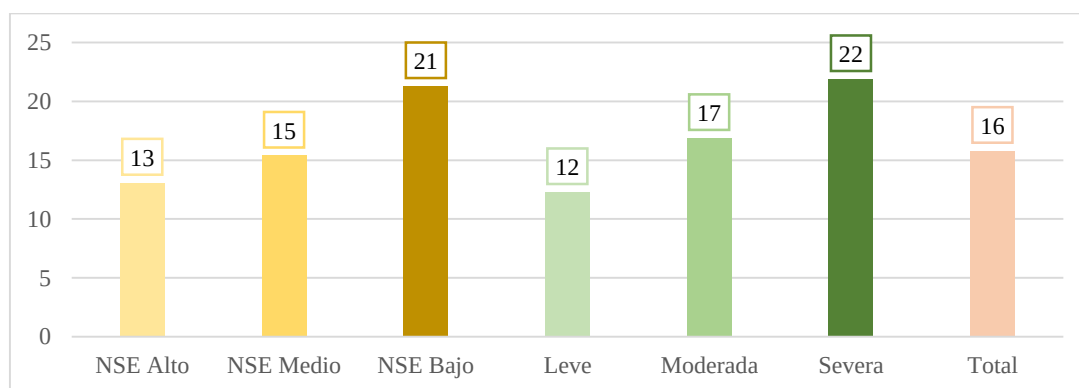
Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de personas cuidadoras de PM70dep en situación de dependencia familiares o no, cohabiten o no, no remuneradas.

Tabla 16. Relación de parentesco de los cuidadores familiares según porcentaje del tiempo de cuidados que aportan. Porcentaje en columnas y filas. Montevideo, 2019

	Tiempo total (porcentaje brindado según la relación de parentesco) sobre el total de tiempo de cuidado familiar.
Hija o hijo (n=97)	52,1
Pareja de la persona dependiente (n=27)	20,4
Nieta o nieto (n=18)	8,6
Yerno o nuera (n=18)	7,7
Otro familiar (n =14)	6,8
Madre (n=2)	2,1
Hermana (n=1)	0,7
Cuñada (n=1)	0,7
Total	100

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: en el porcentaje de tiempo de cuidados, un 0,9% es provisto por amigas/os o vecinas/os.

Gráfico 16. Horas promedio provistas por familiares en el cuidado de PM70dep un día típico. Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC

Tabla 17. Porcentaje de tiempo aportado por cada sector según grado de dependencia de las PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Leve	Moderada	Severa	Total (n=152)
% Participa Familia (sin tiempo solos)	78,9	77,1	90,6	80,1
% Participa Mercado (sin tiempo solos)	16,8	20,1	7,8	16,7
% Participa Comunidad (sin tiempo solos)	2,9	2,2	0	2,1
% Participa Estado (sin tiempo solos)	1,5	0,6	1,6	1,1
% Participa Familia (con tiempo solos)	50,8	61,9	80	60,4
% Tiempo solos.	38	25,8	10,8	28,3
% Participa Mercado (con tiempo solos)	7,7	10,2	7,8	8,8
% Participa Comunidad (con tiempo solos)	2,8	1,5	0	1,8
% Participa Estado con tiempo solos)	0,7	0,6	1,5	0,8

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia.

Tabla 18. Horas promedio provistas para el cuidado de PM70dep en un día típico según variables de corte. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Una	Dos	Tres	Cuatro o más	Total
% TNR Mujeres	79,1	56,8	77,2	75,6	69,6
% TNR Varones	20,9	43,2	22,8	24,4	30,4
Promedio de horas en un día típico Total	9	19	27	27	20
Promedio de horas de TNR total en un día típico	5	17	23	24	17
Promedio de horas de TNR provistas por mujeres en un día típico	4	10	17	17	12
Promedio de horas de TNR provistas por varones en un día típico	1	7	6	7	5
Promedio de horas de TR en un día típico. Total.	4	2	4	3	3

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n= 143).

Tabla 19. Tipo de estrategia utilizada según dependencia, porcentaje en que participa cada sector proveedor de cuidados según presencia de tiempo solos o no. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Una (n= 19)	Dos (n=57)	Tres (n=43)	Cuatro o más (n= 33)
% Participa Familia (sin tiempo solos)	54,7	86,1	89,3	84,1
% Participa Mercado (sin tiempo solos)	40	11	8,3	13,1
% Participa Comunidad (sin tiempo solos)	5,3	1,2	1,6	0,8
% Participa Estado (sin tiempo solos)	0	1,6	0,7	2
% Participa Familia (con tiempo solos)	21,1	64,6	74	77,2
% Participa Mercado (con tiempo solos)	13,4	5,4	8,3	10,7
% Participa Comunidad (con tiempo solos)	4	1,2	1,6	0,7
% Participa Estado (con tiempo solos)	0	1,1	0,6	1,3
% Tiempo solos	61,5	27,8	15,5	10,1

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de las personas de 70 años y más en situación de dependencia.

Tabla 20. Tipo de cuidado recomendado para el cuidado ideal de las PM70dep durante una jornada laboral. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Hogares con P70dep (n=143)
Hijo	42,2

Persona contratada en el hogar	41,8
Hija	40,1
Otro familiar	26,1
Centro de día	25,6
Pareja mujer	24,1
Pareja varón	19,9
Centro de larga estadía	14

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

Tabla 21. Políticas de cuidados agrupadas en los hogares con PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

Cuidados remunerados en domicilio	49,6
Centros de cuidados (larga estadía y día)	41,8
Licencias laborales para cuidar	28,9
Remuneración de familiares	24,1
Flexibilidad horaria	16,5
Otros	6,2

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados

Recuadro 1. Escala de género y cuidados

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos	
0,74	0,741	7	
Estadísticas de elemento			
	Media	Desv. Desviación	N
mujeres dejar trabajar cuidar PM	2,36	1,382	143
las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	2,54	1,438	143

las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabaje	3,92	1,123	143				
Mujeres cuidar ante enfermedad	3,42	1,381	143				
mujeres cuidan mejor es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	3,37	1,413	143				
las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	3,63	1,304	143				
Matriz de correlaciones entre elementos							
mujeres dejar trabajar cuidar PM	las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos	cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabaje	Mujeres cuidar ante enfermedad	mujeres cuidan mejor	es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	
mujeres dejar trabajar cuidar PM	1	0,351	0,124	0,298	0,318	0,107	0,224
las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	0,351	1	0,177	0,363	0,201	0,196	0,318

las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabar	0,124	0,177	1	0,33	0,25	0,357	0,272
Mujeres cuidar ante enfermedad	0,298	0,363	0,33	1	0,328	0,189	0,414
mujeres cuidan mejor es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	0,318	0,201	0,25	0,328	1	0,338	0,447
	0,107	0,196	0,357	0,189	0,338	1	0,484
	0,224	0,318	0,272	0,414	0,447	0,484	1

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
mujeres dejar trabajar cuidar PM	20,37	27,601	0,369	0,203	0,728
las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	20,2	26,609	0,418	0,225	0,717

las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabaje	18,82	28,924	0,388	0,203	0,723
Mujeres cuidar ante enfermedad	19,24	25,83	0,504	0,305	0,696
mujeres cuidan mejor es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	19,31	25,992	0,495	0,286	0,699
	19,36	26,684	0,424	0,311	0,716
	19,1	25,489	0,584	0,401	0,679

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
22,73	34,873	5,905	7

Matriz de correlaciones^a

		mujeres dejar trabajar cuidar PM	las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos	cuando no hay necesida d económic a, es preferibl e que las mujeres en vez de traba	Mujeres cuidar ante enfermed ad	mujere s cuidan mejor	es preferib le que sean las mujere s las que cuiden a los hijos sobre todo cuando
Correlaci ón	mujeres dejar trabajar cuidar PM	1	0,351	0,124	0,298	0,318	0,107	0,224

las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	0,351	1	0,177	0,363	0,201	0,196	0,318
las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos cuando no hay necesidad económica, es	0,124	0,177	1	0,33	0,25	0,357	0,272
preferible que las mujeres en vez de traba	0,298	0,363	0,33	1	0,328	0,189	0,414
Mujeres cuidar ante enfermedad	0,318	0,201	0,25	0,328	1	0,338	0,447
mujeres cuidan mejor es	0,107	0,196	0,357	0,189	0,338	1	0,484
preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	0,224	0,318	0,272	0,414	0,447	0,484	1
a. Determinante = ,253							
Prueba de KMO y Bartlett							
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0,755						
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	190,685					
	gl	21					
	Sig.	0					
Comunalidades							
	Inicial	Extracción					
mujeres dejar trabajar cuidar PM	1	0,637					

331

las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d	1	0,547								
las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de traba	1	0,442								
Mujeres cuidar ante enfermedad	1	0,455								
mujeres cuidan mejor es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando	1	0,672								
	1	0,605								
Método de extracción: análisis de componentes principales.										
Varianza total explicada										
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación			
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	
1	2,767	39,53	39,53	2,767	39,53	39,53	2,065	29,499	29,499	
2	1,096	15,664	55,194	1,096	15,664	55,194	1,799	25,696	55,194	
3	0,817	11,678	66,872							
4	0,73	10,432	77,304							
5	0,67	9,567	86,87							
6	0,508	7,262	94,133							
7	0,411	5,867	100							

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Matriz de componente^a

	Componente	
	1	2
es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de trabar Mujeres cuidar ante enfermedad mujeres cuidan mejor las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos mujeres dejar trabajar cuidar PM	0,752	
	0,676	
	0,672	
	0,615	-0,542
	0,578	0,462
	0,556	-0,366
	0,521	0,604

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos.

Matriz de componente rotado^a

	Componente	
	1	2

mujeres cuidan mejor es preferible que sean las mujeres las que cuiden a los hijos sobre todo cuando las mujeres deberían elegir trabajos que les permitan cuidar a los hijos	0,819	
Mujeres cuidar ante enfermedad mujeres dejar trabajar cuidar PM las mujeres tienen que realizar tareas en el hogar para que los varones puedan d cuando no hay necesidad económica, es preferible que las mujeres en vez de traba	0,701	0,337
	0,66	
	0,554	0,385
		0,798
		0,726
	0,373	0,605

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

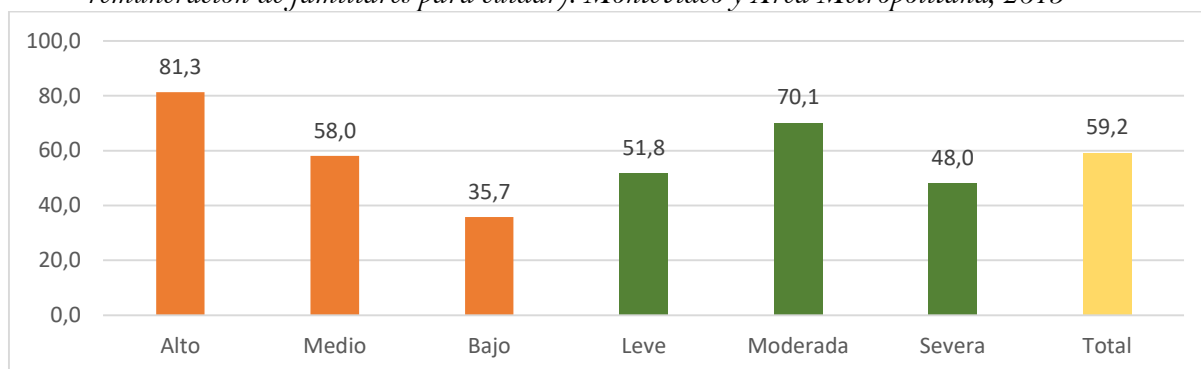
Matriz de transformación de componente

Compone nte	1	2
1	0,761	0,648
2	-0,648	0,761

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Gráfico 17. Porcentaje que mencionó más de una política de cuidados (o cuidados domiciliarios, o centros de día o larga estadía, o licencias para el cuidado, o flexibilidad-reducción horaria, o remuneración de familiares para cuidar). Montevideo y Área Metropolitana, 2019



Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC.

Tabla 21. Tipo de política que el Estado debería desarrollar para el cuidado de las PM70dep durante una jornada laboral. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		% de N columnas
Licencias para el cuidado de personas en situación de dependencia	No	75,7
	Sí	24,3
Licencias para cuidados por enfermedad	No	80,6
	Sí	19,4
Centros de cuidado de 24 horas	No	71,2
	Sí	28,8
Centros de cuidados compatibles con trabajo o estudio (en distintos horarios, flexibles, cercanos al hogar o al lugar de trabajo o estudio)	No	77,1
	Sí	22,9
Flexibilidad horaria en el trabajo (trabajar desde la casa, horarios libres de entrada y salida)	No	87,9
	Sí	12,1
Reducciones horarias pagas a trabajadores	No	94,2
	Sí	5,8
Pago a cuidadores/as remuneradas a domicilio	No	45,9
	Sí	54,1
Pago a familiares para la realización de tareas de cuidado	No	73,9
	Sí	26,1

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. Nota: sobre el total de los hogares con PM70dep (n=143).

Tabla 22. Tipo de sujeto de derechos en las combinaciones de políticas mencionadas en hogares con PM70dep. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

		Total (n= 143)
Tipo de "sujeto de derecho" detrás de cada política.	Derecho PM70dep y Relación de parentesco y Participación en el mercado laboral	38,1
	Derecho PM70dep	37
	Participación en el mercado laboral	10,5
	Relación de parentesco	5,4
	Relación de parentesco o Participación en el mercado laboral	1,8
	Otro	7,2
Total		100

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019. GISG-FCS-ANII-SNIC. *En la categoría otros se mencionaron otro tipo de políticas como subvenciones de medicamentos, entre otras.

Tabla 23. Porcentaje que usaría servicios de calidad y gratuitos, según tipo de servicio y nivel socioeconómico de hogar. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Total	Alto	Medio	Bajo
Centro de larga estadía	30,3	30,1	29,5	34,3
Cetro de día	40,1	28,5	46,6	23,4
Asistente personal	71,5	75,6	68,8	79,2

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados

Recuadro 2. Análisis de componentes principales para identificar grupos de respuestas de las políticas de cuidados

Tabla. Matriz de correlaciones para las variables de licencias.					
	Licencias	Flexibilidad, Reducción horaria	Centros	Domiciliario, Remunerado	Familiar Remunerado
Licencias	1				
Flexibilidad					
Reducción horaria	0,397	1			
Centros	-0,056	-0,09	1		
Domiciliario Remunerado	0,059	0,1	-0,249	1	
Familiar Remunerado	0,173	0,19	-0,168	0,317	1
Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Estrategias de Cuidados para Montevideo y Área Metropolitana, 2019.					
Comunalidades					
	Inicial	Extracción			
Licencias	1	0,703			
Flexibilidad_reducciónhoraria	1	0,684			
Centros	1	0,959			
Domiciliario_remunerado	1	0,669			
Familiar_remunerado	1	0,732			
Método de extracción: análisis de componentes principales.					
Varianza total explicada					

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	1,73	34,608	34,608	1,73	34,608	34,608
2	1,189	23,778	58,385	1,189	23,778	58,385
3	0,827	16,546	74,931	0,827	16,546	74,931
4	0,654	13,071	88,002			
5	0,6	11,998	100			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Matriz de componente*

	Componente		
	1	2	3
Licencias	0,581	0,599	-0,082
Flexibilidad_reducciónhoraria	0,626	0,528	-0,111
Centros	-0,473	0,469	0,718
Domiciliario_remunerado	0,581	-0,53	0,224
Familiar_remunerado	0,662	-0,225	0,492

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos.

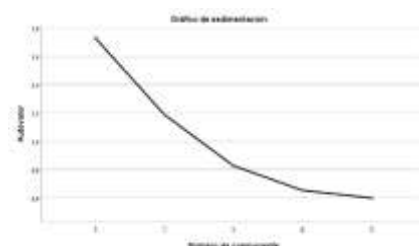


Tabla 24. Resumen de indicadores sobre inmovilidad y género. Montevideo y Área Metropolitana, 2016

Ítem	Mujeres	Varones	Brechas (cantidad de varones por cada 100 mujeres)
Inmovilidad total	41%	33%	80
Inmovilidad absoluta (no se movió)	22%	18%	82

Inmovilidad viaje no demandante (caminata de menos de 10 cuadras)	19%	15%	79
Inmovilidad en personas de 15 a 64 años	30%	24%	80
Inmovilidad en personas de 65 o más años	72%	60%	83
Inmovilidad 1er quintil de ingresos (Q1)	55%	48%	87
Inmovilidad 5to quintil de ingresos (Q5)	21%	18%	86
Inmovilidad en hogares sin servicio doméstico	29%	20%	69
Inmovilidad en hogares con servicio doméstico	5%	14%	280
Motivos por los cuales no se movió: cuidados	9%	4%	44
Motivos por los cuales no se movió: incapacidad física o inmovilidad transitoria	27%	26%	96
Motivos por los cuales no se movió: vacaciones, licencias, razones gremiales, teletrabajo, clima adverso, huelga de transporte	14%	17%	121

Fuente: Encuesta de Movilidad Montevideo y Área metropolitana (2016) analizada por Hernández (2019).

Tabla 25. Presencia de dificultades para ver, oír, caminar o subir escalones y entender o aprender. Censo 2011. Personas de 65 años y más

	65 a 74	75 a 84	85 y más	Total V65+	Total M65+	Cantidad de varones por cada 100 mujeres
Ver	23,1	30,9	40,9	23,5	30,7	77
Oír	9,9	20,2	37,5	17,2	16,3	106
Caminar o subir Escalones	19,4	34,5	53,8	21,3	33,4	64
Entender o aprender	3,3	6,6	13,9	4,6	6,3	73

Fuente: Aguirre y Scavino (2018, pp. 75 y 76)

Tabla 26. Mecanismos de desvalorización del trabajo de cuidados en la falta de abordaje de su dimensión emocional en la regulación y formación de AP en Uruguay

Configuración del trabajo	Mecanismos de prevención de riesgos	Mecanismos de reproducción de la desigualdad
Regulación del Trabajo de Cuidados		
Contrato de carácter privado (usuario- AP que ofrece sus servicios de manera particular o en el marco de una cooperativa). Ausencia de soporte institucional (grupos, supervisiones y reuniones semanales).	Soporte institucional para plantear situaciones de incumplimiento. Mecanismos de sanción al incumplimiento de acuerdos, aprobación de leyes o decretos que protejan el trabajo de las cuidadoras. Establecimiento de las competencias y pautas de comportamiento e incidencia sobre el vínculo usuario-a o por parte del "entorno" (familiares, personas que convivan o tomen decisiones sobre el cuidado de la persona usuaria) en relación con la AP.	Asunción de los cuidados como un asunto de "puertas adentro". Asunción de las familias como ámbitos armónicos y amorosos, donde la conflictividad donde no es necesaria una regulación del empleo. Servilismo en el trabajo de cuidados por parte de las mujeres. Suposición de un manejo emocional adecuado por parte de las cuidadoras.
Establecimiento de horarios y tareas a cumplir entre usuario y AP	Establecer horarios desde la organización y articulación del trabajo, prever la rotación de AP, prever tiempos que articulen descansos del contacto con la situación de cuidados.	(Ídem Anterior) Desconocimiento de riesgos laborales por motivos de desgaste o estrés emocional.
Negociación de licencias	Prever licencias por enfermedad de la persona cuidadora. Ofrecer mecanismos de articulación en caso de falta de acuerdo entre AP y Usuario.	(Ídem anteriores)

Despido/ muerte de la persona cuidada.	Prever cómo se cierra un contrato de AP en caso de la muerte de la persona cuidada. En los hogares que reciben subsidios, prever apoyos para el despido (debe de ser pago por el empleador). Constituir al sector “cuidados” como tal, para que exista representación sindical en los consejos de salarios y negociación de las condiciones laborales.	(Ídem anteriores) y Asunción de las familias como ámbitos armónicos y amorosos, donde la conflictividad donde no es necesaria una regulación del empleo. Influencia de una Cultura del trabajo de cuidados como trabajo informal y desprofesionalizado.
Exposición a situaciones de acoso laboral, sexual	Soporte institucional para plantear situaciones de incumplimiento. Mecanismos de sanción al incumplimiento de acuerdos, aprobación de leyes o decretos que protejan el trabajo de las cuidadoras. Establecimiento de las competencias y pautas de comportamiento e incidencia sobre el vínculo usuario-a o por parte del “entorno” (familiares, personas que convivan o tomen decisiones sobre el cuidado de la persona usuaria) en relación con la AP.	(Ídem anterior)
Estrés laboral	(Ídem ítem anterior) Se suma: Inclusión de identificación de estrés laboral, depresión y riesgos asociados a salud mental dentro de la formación de las AP, brindar mecanismos concisos de soporte institucional (referentes a las que acudir y realizar pedidos de apoyo), elaboración de instrumentos para detectar situaciones de estrés laboral y abuso. Seguimiento y evaluación de la política en cuanto a los impactos en la salud de las cuidadoras y posibles mecanismos de prevención.	(Ídem anteriores) y asunción de las mujeres como seres emocionales por naturaleza. Asunción de una predisposición emocional que permite “soportar” los daños del trabajo de cuidados, por “amor” o lo que dicho trabajo reporta a nivel vinculara las mujeres. Asunción de las mujeres como cuidadoras innatas. Suponer un “saber hacer” por parte de las cuidadoras.
Formación en Cuidados		
Cursos de formación básicos, universales, previsibles, curricular que permita la constitución de una carrera	Creación de cursos de formación básica, que aborde en profundidad las distintas temáticas de los cursos. Accesibilidad a todo el país, ediciones año a año que permitan una previsibilidad en la toma de decisiones sobre la formación. Diseño de una trayectoria educativa en cuidados, vinculante a las trayectorias educativas existentes, que reporte acreditación para el trabajo y que permita el desarrollo de una carrera profesional.	Asunción de un saber hacer por parte de las personas que cuidan (mayoritariamente mujeres). Asunción de las mujeres como cuidadoras innatas. Cultura del trabajo de cuidados como trabajo informal y desprofesionalizado. Desprofesionalización por medio de formación escasa, de poca duración, no previsible. Ausencia de la relevancia de una trayectoria educativa para la profesionalización del trabajo de cuidados.
Contenido de los cursos de formación	Ampliación de los cursos tanto en duración como en contenidos. Desarrollo profundo de los riesgos laborales, autocuidado, trabajo en equipo, prevención y manejo de riesgos a la interna de los hogares. Identificación de situaciones de estrés, identificación de situaciones de acoso laboral y sexual en el marco del trabajo. Establecimiento, en base a la normativa de quiénes son los interlocutores válidos para la resolución del trabajo realizado por las AP, del reconocimiento de situaciones peligrosas y del abordaje de la AP con el entorno de las personas cuidadas.	Desprofesionalización por medio de formación escasa, de poca duración, no previsible. Ausencia de desarrollo del trabajo emocional como parte central del trabajo de cuidados / asunción de una “naturaleza” en el manejo de las emociones por parte de las trabajadoras.
Duración de los cursos	Adecuar la duración de los cursos a un formato que permita desarrollar adecuadamente todos los elementos del trabajo de cuidados. Además, adecuar los cursos a las exigencias del diseño de una trayectoria educativa que permita profesionalizar el trabajo.	

Fuente: Van Rompey y Scavino (2020) pp. 20 y 21.

Figura 1. Estructura de unidades de análisis y tipo de información disponible para la caracterización de las Estrategias de Cuidados

