

Hacia un sistema nacional integrado de cuidados

Clara Fassler
coordinadora



La RED GÉNERO Y FAMILIA es una organización sin fines de lucro de la sociedad civil, surgida en 1994 e integrada por personas calificadas e instituciones que compartan la *preocupación por*:

- las consecuencias que las transformaciones de las familias tienen sobre sus integrantes y sobre la sociedad en su conjunto;
- la no aceptación de la diversidad de arreglos familiares en la sociedad;
- la mantención y reproducción de la inequidad entre géneros y generaciones en las familias y en la sociedad;
- la invisibilidad y naturalización de estos problemas a nivel social y político;
- la insuficiencia de acciones públicas tendientes a superarlos.

Queremos incorporar estos problemas como asuntos de la agenda pública e *incidir en las políticas* para que éstas:

- incluyan de manera sistemática las perspectivas de género y generaciones;
- reconozcan e incluyan en su formulación e implementación la diversidad de arreglos familiares;
- modifiquen las prácticas institucionales a fin de promover la equidad entre géneros y generaciones.

Son *nuestros desafíos* hacia el futuro:

- contribuir a desarrollar mecanismos de interlocución sobre estos temas entre el Estado y la sociedad civil organizada;
- fortalecer las articulaciones y vínculos con las organizaciones de la sociedad civil que compartan nuestros objetivos;
- avanzar en la elaboración de propuestas compartidas.

Integrantes de la Red

Coordinación: FASSLER, CLARA. Médica. Terapeuta de Familia. Miembro de la Coordinación Nacional de la Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) Mujeres.

AGUIRRE, ROSARIO. Socióloga. Profesora e investigadora. Responsable del Área de Género del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

BATTHYÁNY, KARINA. Doctora en Sociología. Profesora e investigadora, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

BONINO, MARÍA. Investigadora asociada del Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo, Uruguay (CIEDUR).

CABELLA, WANDA. Demógrafa. Investigadora del Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

CHAVARINI, MARCELA. Abogada. Diplomada DDHH, participación y ciudadanía.

DABEZIES, MARGARITA. Asistente social.

DELFINO, MIRTHA. Magíster. Licenciada en Enfermería. Colegio de Enfermeras del Uruguay.

HAUSER, PATRICIA. Asistente social.

IENS, INÉS. Socióloga. Profesora e investigadora Adjunta del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

PELLEGRINO, ADELA. Doctora en Demografía. Coordinadora del Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

ROCA, ANA. Representante de la Asociación de Familiares por la salud mental.

SALVADOR, SOLEDAD. Economista e investigadora del CIEDUR.

SARLI, ELENA. Profesora agregada. Coordinadora del Grupo de Derecho y Género, Facultad de Derecho, Universidad de la República.

SCURO, LUCÍA. Magíster en Sociología. Docente e investigadora del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

género
familia
generaciones



Hacia un sistema nacional integrado de cuidados

Clara Fassler
coordinadora

Ediciones
TRILCE

serie políticas públicas

El análisis y las recomendaciones contenidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Sistema de Naciones Unidas, de sus Agencias, Programas y Fondos, ni Estados Miembros.

© 2009, RED GÉNERO Y FAMILIA

18 de Julio 1645, 7º piso
11200 Montevideo, Uruguay
tel. 402 83 52
genyflia@gmail.com
genyflia@adinet.com.uy

© 2009, Ediciones Trilce

Durazno 1888
11200 Montevideo, Uruguay
tel. y fax: (5982) 412 77 22 y 412 76 62
trilce@trilce.com.uy
www.trilce.com.uy

ISBN 978-9974-32-519-7

Contenido

<i>Introducción</i>	7
<i>Presentación</i>	11

Primera parte

LA SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

LEY ESPAÑOLA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

<i>Lucila Corral Ruiz</i>	15
I. Introducción	15
II. Comentarios a la Ley para la promoción de la autonomía perso- nal y atención a las personas en situación de dependencia	20
II. Resumen de contenidos relevantes	26

MÁS APORTES SOBRE LA LEY DE DEPENDENCIA
COMENTARIOS Y DEBATE

Financiamiento	31
Cuidadoras y prestaciones	32
Obstáculos y dificultades en la elaboración e implementación de la ley	33
Interrogantes y comentarios	37

Segunda parte

LA SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN URUGUAY

HACIA POLÍTICAS DE CORRESPONSABILIDAD EN LOS CUIDADOS

<i>Rosario Aguirre</i>	41
Introducción	41
1. Cambios sociales globales y sus impactos sobre las funciones familiares de cuidados	42
2. Los cuidados en las distintas etapas del ciclo vital.....	44
3. Los procesos de desfamiliarización	46
4. Las políticas de corresponsabilidad en los cuidados.....	48
¿Cuáles serían las bases sobre las que promover la consideración de los cuidados como problema público?	50

EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LOS HOGARES DE MONTEVIDEO.
ALGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE

<i>Karina Batthyány</i>	53
Introducción	53
Breve reseña conceptual	54
Algunas características de los adultos mayores y de sus hogares	57
Percepción social de la responsabilidad del cuidado del adulto mayor	58
Algunas características de la oferta de servicios privados de compañía para los adultos mayores.....	59
Algunos hallazgos	60

LA INSTITUCIONALIDAD PARA LOS CUIDADOS EN URUGUAY Y SU COBERTURA

<i>Soledad Salvador</i>	65
Introducción	65
La institucionalidad para los cuidados	67
Reflexiones finales	96

<i>Institucionalidad de género. Su participación en el tema de los cuidados</i>	99
---	----

DEBATES Y COMENTARIOS. PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS

Marco referencial	104
Temas de debate	105
<i>Estrategias para colocar el tema de los cuidados en la agenda pública</i>	113
Consideraciones generales	113
Incidencia política	113
Generación y sistematización de conocimientos	114
Sensibilización de la población.....	115

ANEXO 1. <i>Solicitud a la Bancada femenina</i>	117
---	-----

ANEXO 2. <i>Lista de participantes</i>	119
--	-----

Introducción

Uruguay está experimentando transformaciones muy importantes que responden a la así llamada segunda transición demográfica. Algunas de las características más relevantes de este proceso son un creciente envejecimiento de la población, cambios de las familias en su tamaño, composición, estructura y funciones y modificaciones en las relaciones entre hombres y mujeres así como en los vínculos entre jóvenes y viejos que tienden a una mayor equidad.

El envejecimiento de la población —proceso que refleja el avance del desarrollo humano en nuestro país— trae consigo una mayor cantidad de personas dependientes que necesitan ser cuidadas ya sea por enfermedad o por discapacidad. Estos requerimientos de cuidado se incrementarán indefectiblemente en un futuro próximo en la medida en que avanza el proceso de envejecimiento y del «envejecimiento del envejecimiento», por el cual crece la población de ochenta años y más. A estas necesidades de cuidado se deben agregar aquellas destinadas a la infancia, a los enfermos y a los discapacitados, sectores de población que dependen de diversas maneras de otras personas para poder realizar las tareas elementales de la vida y poder hacerse cargo de sí mismos.

Tradicionalmente los cuidados a las personas dependientes han sido provistos en su mayor parte en el ámbito familiar, y dentro de este contexto, brindados por las mujeres. En la actualidad las familias son pequeñas y muchas veces a cargo de un solo adulto; las mujeres se están incorporando crecientemente al mercado laboral, y sus proyectos de desarrollo personal van más allá del bienestar de su familia. Todos estos factores contribuyen a que existan menos cuidadoras disponibles en el ámbito doméstico con el consiguiente déficit de cuidado. Las familias solucionan parcial y desigualmente estas carencias acudiendo a la compra de servicios formales o informales y al uso de los insuficientes recursos públicos destinados a estas acciones. Las crecientes necesidades de cuidado son en la actualidad un problema de gran magnitud e impacto para las familias, especialmente para las mujeres, rebasando su capacidad de respuesta, distorsionando muchas veces las relaciones entre sus miembros y cubriendo malamente las necesidades de las personas dependientes.

Como señalábamos anteriormente los cuidados son prodigados fundamentalmente por mujeres que realizan estas tareas con escasa re-

muneración o sin ella y sin el correspondiente reconocimiento ni en su familia ni en la sociedad. Cuidar de otros es una función que hace parte inherente del rol femenino y en general no es concebido como un trabajo. Esta naturalización de los cuidados contribuye a su invisibilización, incluso para las propias mujeres, quienes se sienten obligadas a asumírselos y a cargar exclusivamente con esa responsabilidad. Sin embargo, estas tareas implican una presencia activa, un esfuerzo físico y emocional con el consiguiente desgaste para quienes las realizan. Generalmente es un trabajo que demanda mucha dedicación y compromiso, lo que trae como consecuencia frecuente el aislamiento de los cuidadores/as y una sobrecarga de trabajo que significan mayores riesgos para su salud física y mental. Muchas veces, el cuidar de otros limita las posibilidades del cuidador/a para la realización de otras actividades a través de las cuales ejercer derechos ciudadanos básicos tales como cuidados de la propia salud, trabajar remuneradamente o participar en la vida pública.

En tanto no haya un reconocimiento del cuidado como trabajo, esta actividad no tiene contrapartidas adecuadas en salario, protección social ni valoración, lo que redundaría en el empobrecimiento y en el aumento de la vulnerabilidad material y espiritual de la persona que cuida. Paradójicamente, mientras más cuida a otros una persona, más vulnerable se vuelve. ¡Quien cuida se descuida!

Como las tareas de cuidado se distribuyen de manera asimétrica entre hombres y mujeres, son estas las que padecen mayormente las consecuencias de desempeñar estas tareas que las ancla en la vida doméstica, limitando sus posibilidades de desarrollo personal, laboral y ciudadano. A nivel internacional y nacional hay un reconocimiento cada vez más amplio de que la distribución desigual de los cuidados es uno de los grandes escollos para que las mujeres ejerzan en plenitud sus derechos y la sociedad avance como un todo hacia una mayor equidad y una mejor democracia. Así, en la X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrado en el mes de agosto de 2007 en Quito, entre las institucionalidades de género de los países participantes se ha destacado el papel del trabajo no remunerado de las mujeres como realidad a cambiar para lograr avanzar hacia la equidad y se recomienda con firmeza la intervención del Estado para impulsar los cambios necesarios. Uruguay ha participado de esta reunión y se ha comprometido a impulsar políticas públicas para implementar estos acuerdos. Más aún, como parte de los objetivos explicitados en el programa y en distintas acciones implementadas por el actual gobierno se manifiesta la voluntad de caminar en ese sentido.

Desde nuestra posición —construida colectivamente en un intercambio fecundo de la Red con autoridades de los poderes del Estado, de

la Academia y de la sociedad civil organizada— los cuidados a las personas dependientes no pueden continuar resolviéndose en el interior de las familias bajo su exclusiva responsabilidad. Las transformaciones demográficas, económicas y culturales anteriormente señaladas marcan las enormes dificultades que las familias tienen en la actualidad y tendrán en el futuro para proporcionar los cuidados adecuados a las personas dependientes produciéndose un déficit que vulnera la calidad de vida de quien requiere de cuidados y de su entorno. Los cuidados han dejado de ser un problema estrictamente privado y doméstico y deben ser abordados colectivamente a nivel de las políticas públicas con el concurso de los diversos actores implicados: Estado, mercado, comunidad y familias.

Consideramos que ser cuidado/a en situaciones de dependencia constituye un derecho ciudadano y, por lo tanto, el Estado debe garantizarlo generando las condiciones para que los diversos actores sociales —públicos y privados— participen y contribuyan a que el ejercicio de este derecho sea una realidad. Esta nueva conceptualización de los cuidados obliga a pensar en servicios y prestaciones universales, distribuidos equitativamente en el territorio, de calidad adecuada, que distan mucho de las usuales acciones filantrópicas destinadas a los sectores más desposeídos de la sociedad.

Por otra parte, si los ciudadanos tenemos derecho a ser cuidados, se hace imprescindible contemplar los derechos de quienes cuidan, de manera que esta actividad —tan necesaria socialmente— no vulnere los derechos de quienes la desempeñan.

La conceptualización de los cuidados como derecho ciudadano nos coloca frente a grandes desafíos que implican la construcción de una institucionalidad acorde con ese fin que sea viable y tenga sustentabilidad.

La Red Género y Familia, convencida de la importancia de encarar los cuidados como un problema social y colectivo que atañe a toda la sociedad uruguaya, ha venido desarrollando un conjunto de acciones tendientes a aumentar la visibilidad de esta temática con la finalidad de que se incluya en la agenda pública y se implementen las soluciones pertinentes.

Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) organizamos un ciclo de tres Mesas de Diálogo sobre la temática durante todo el año 2008. Las dos primeras estuvieron dedicadas a analizar los problemas del Cuidado en el Sector Salud desde una perspectiva de género y a elaborar algunas propuestas para superar los problemas allí encontrados. En estas discusiones comenzó a construirse la idea de un Sistema Nacional Integral de Cuidados, como una oportunidad para la dignificación de hombres y mujeres, quienes en uno u otro momento de la vida requerirán de los cuidados de otra u otras personas para realizar

sus funciones básicas. Las ponencias, intervenciones y discusiones de estas dos reuniones están contenidas en *Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género* de nuestra Serie Políticas Públicas (Ediciones Trilce, diciembre de 2008).

En la tercera Mesa de Diálogo realizada el 26 y 27 de agosto de 2008 se continuó el debate iniciado en las Mesas anteriores y se avanzó en el delineamiento de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados para Uruguay. Para ello —al igual que en las reuniones anteriores— se realizó una invitación selectiva y cuidadosa a quienes tienen interés y conocimiento de la temática y una inserción institucional destacada para la toma de decisiones (representantes de distintos sectores dentro del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo, de la Academia y miembros de la sociedad civil). Invitamos asimismo a participar de la actividad a la diputada Lucila Corral, por su participación en la elaboración y aprobación de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (más conocida como Ley de Dependencia) en España. Diversos países han respondido de maneras diferentes a las necesidades de cuidado de la población, organizando sistemas que responden a las particularidades económicas, institucionales y culturales propias. No hay soluciones únicas ni caminos transitados que imitar. Sin embargo creemos que el análisis de otras experiencias constituye un ejercicio útil para la toma de decisiones.

A través de esta publicación queremos compartir la información, los conocimientos, el análisis de algunas experiencias sobre cuidados y las propuestas que se vertieron en dicha Mesa de Diálogo en la confianza de que contribuirá a incrementar la conciencia pública sobre la magnitud del problema y sus impactos sociales, incentivará el debate público y la búsqueda de soluciones.

Clara Fassler
Coordinadora
Red Género y Familia

Presentación

La primera parte recoge el documento «Ley Española de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia», elaborado por Lucila Corral Ruiz, diputada e informante del proyecto de esta ley ante las Cortes de España. Nos presenta de manera sintética y a la vez profunda, el proceso de elaboración de la ley, sus fundamentos éticos, demográficos y de protección social tanto para quienes necesitan cuidados como para quienes cuidan para desembocar en el análisis de los aspectos más sustantivos de la propia ley y su implementación a través del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

A continuación, se han registrado y sistematizado los comentarios y el debate que se desarrolló en relación a este documento y a los aportes que la diputada fue realizando especialmente en relación a la implementación de la ley y a los obstáculos encontrados en el camino.

La segunda parte busca avanzar en el conocimiento de la situación de los cuidados en el Uruguay, base fundamental sobre la cual construir alternativas para superar las dificultades e insuficiencias existentes. Con esa finalidad la Red Género y Familia solicitó la elaboración de documentos a la socióloga Rosario Aguirre («Hacia políticas de corresponsabilidad en los cuidados»), a la doctora Karina Batthyány («El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo») y a la economista Soledad Salvador («La institucionalidad para los cuidados en Uruguay y su cobertura») y con ellos poder acercarnos a la discusión conceptual de los procesos de desfamiliarización de los cuidados, conocer la situación de la demanda y de la oferta de servicios, sus características específicas y el nivel de desarrollo de la institucionalidad en la cual se insertan.

Además en esta parte se consignan las medidas de política efectuadas por el Instituto de las Mujeres (Inmujeres) y el Banco de Previsión Social (BPS) en el curso de este gobierno, lo que permite tener una visión más completa y dinámica de la situación de los cuidados en el país.

A continuación se agrega la sistematización de los comentarios que surgieron de las ponencias y del complejo debate que tuvo lugar a partir de ellas y a consignar de manera ordenada un conjunto de propuestas y estrategias para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Por último, se incluye una carta que los participantes de la Mesa de Diálogo dirigieron a la Bancada femenina para hacer llegar sus opinio-

nes y demandas, carta que la Red ha difundido y ha sido suscrita por otras organizaciones sociales que se han hecho eco de su contenido.

Agradecemos sinceramente a todos los participantes por su contribución al debate, al doctor Jorge Papadopulos, por su participación activa y sus sustantivos aportes a la discusión a través de un *power point*, a los/as expositoras por la riqueza y solvencia de sus aportes, a Elena Goiriena por la excelencia de la relatoría del evento, base de esta publicación, y a Marcela Chavarini por su responsabilidad y eficacia en la implementación del evento.

Queremos, por último, agradecer nuevamente al Fondo de Población de Naciones Unidas por el apoyo sostenido a este proyecto a lo largo de los años y a la Fundación Pablo Iglesias que nos ha permitido contar con la significativa presencia de la diputada española Lucila Corral Ruiz.

Primera parte

La situación de los cuidados en España

Ley española para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Lucila Corral Ruiz¹

A partir de hoy muchas personas y muchas familias de nuestro país empezarán a sentirse menos solas. Es solo el principio. Esas personas saben muy bien que los milagros no existen. No se engañan, pero también saben el valor, el inmenso valor de un paso. Un paso es empezar a andar. Hemos empezado este camino juntos, con un gran acuerdo, un acuerdo y una voluntad a la altura de la tarea que tenemos por delante.

Hoy hemos dado un paso definitivo para construir una sociedad más justa y más digna; una sociedad en la que todos podamos sentirnos más integrados; una sociedad que, en su solidaridad hacia quienes más lo necesitan, gana en su propia dignidad. Y nos hace a todos más dignos. *Por eso creo que hoy España es mejor.*

Presidente José Luis Rodríguez Zapatero
Congreso de los Diputados 30/11/06

El documento que presento se divide en dos partes: la primera, la introducción, el proceso previo de reflexión que definió el modelo de Ley de atención a la dependencia que aprobaron las Cortes Españolas. Y una segunda parte de la presentación, reflexiones y comentarios a la ley.

I. Introducción

En España, el 30 de noviembre de 2006, después de dos años de trabajo parlamentario, aprobamos la «Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia». Una ley ambiciosa, importante, imprescindible, demandada por la sociedad española y elaborada desde la participación y el consenso con grupos políticos, agentes sociales, organizaciones de los sectores implicados, profesionales, expertos a nivel nacional e internacional... Esta ley es un producto reflexionado y medido del que nos sentimos orgullosos, y en el que tuve la oportunidad de colaborar.

Es la primera vez que en mi país un gobierno afronta el reto de atender a las personas que no pueden realizar por sí solas los actos básicos de la vida diaria y también a sus familias; porque esta *ley tiene un doble objetivo: atender a las personas en situación de dependencia y apoyar a sus familias.*

1 Diputada de las Cortes de España.

Conviene recordar que fueron también gobiernos socialistas en la década de los ochenta quienes dieron un salto espectacular en política social en España, poniendo las *bases del Estado de Bienestar*, sustituyendo la beneficencia por «derechos sociales», y construyendo tres pilares básicos:

- El derecho universal a la educación (1985),
- El derecho universal a la salud (1986) y
- El derecho universal a las pensiones (1990).
- Con esta ley 30/07 queremos avanzar en la construcción del *cuarto pilar del estado social*: los servicios sociales con el reconocimiento del derecho universal a las personas que sufren situaciones de dependencia.

Destacar que esta *ley es fruto del diálogo y del consenso*; así el 8/7/04 se firmó un acuerdo entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y los Agentes Sociales, en donde se expresaba la voluntad de abordar en el proceso del diálogo social la adaptación de la protección social a las nuevas necesidades existentes en nuestra sociedad, siendo prioritaria —entre ellas— la atención a las personas en situación de dependencia.

Como base para abrir el proceso, se tomó una decisión, que el tiempo ha demostrado muy sabia: encargar al Instituto de Mayores y Servicios Sociales, entidad pública dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la elaboración de un documento de referencia que presentara un diagnóstico veraz y riguroso de la situación de las personas dependientes en nuestro país, y ofreciera modelos de respuesta, experiencias de otros países, alternativas... Ello se materializó en el conocido «Libro Blanco de las dependencias» (LB).

Este libro, podríamos decir que ha sido la inspiración legislativa, pero también sirvió para abrir un debate con las organizaciones más representativas de las personas con discapacidad, con el Consejo Estatal de Personas Mayores, con las Comunidades Autónomas, la Administración Local, al efecto de incorporar sugerencias y valorar críticas.

Algunas aportaciones del Libro Blanco de las dependencias:

Este documento aconseja la adopción de la definición de dependencia que propone el Consejo de Europa. Así, se entiende por dependencia

aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

La dependencia no tiene edad. No se puede reducir el fenómeno de la dependencia únicamente a las personas mayores. Afecta a todas las edades. Las discapacidades congénitas y los accidentes (de tráfico, labora-

les o domésticos) vienen generando un número importante de personas dependientes. Aunque por lógica, las personas mayores y las personas discapacitadas serán las principales beneficiarias directas de la ley.

Modelos de protección a las personas en situación de dependencia en el ámbito de la Unión Europea

Este tema ocupa todo un capítulo monográfico del Libro Blanco y centra su valoración en la Europa de los quince, sin incluir a los países de la última ampliación.

Se concluye que «se pueden diferenciar tres grandes grupos o tipos de sistemas de cuidados personales», teniendo en cuenta la tensión entre tradición y reforma permanente, y también teniendo en cuenta que entre los diferentes modelos o tipologías no solo se establecen diferencias, sino también de manera creciente procesos de convergencia.

Hechas estas salvedades podemos establecer tres sistemas claramente diferenciados de atención a las personas dependientes; que de algún modo se corresponde con el modelo y el desarrollo del Estado de Bienestar en estos países:

1. *De protección universal* para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos, Holanda y España.
2. *De protección a través del Sistema de la Seguridad Social*, mediante prestaciones que tienen su origen en cotizaciones. Es el modelo centroeuropeo, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo.
3. *Asistencial*, dirigido especialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Vigente en el sur de Grecia y Portugal.

La tendencia general dominante en los países de la Unión Europea respecto a la protección social a la dependencia, se orienta hacia modelos de carácter *impositivo o de Seguridad Social*, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones que cubren una parte de los cuidados de larga duración. La participación —en mayor o menor medida— de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

El *modelo asistencial* está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente o de su familia, sino de la necesidad socio-sanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación, como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

Es importante la siguiente consideración, según el Libro Blanco: «el gasto en cuidados de larga duración representa un porcentaje creciente

del gasto socio-sanitario». En algunos países el gasto en cuidados de larga duración representa más de un tercio del gasto social socio-sanitario, tal es el caso de Dinamarca (37,5%), Holanda (34,7%), o Suiza (31,8%); o casos similares como en Finlandia (25,8%) o Reino Unido (27%). La información disponible nos indica que el gasto de los cuidados de larga duración representa al menos el 10% del gasto socio-sanitario y el máximo de 37%.

Podemos presentarlo de otra manera, el gasto medio ponderado en cuidados de larga duración referido a los países de referencia alcanza de media el 1,3% del PIB desde el máximo de Dinamarca (3,0%) al mínimo de Italia, Irlanda y Austria (0,7%). Portugal y Grecia están muy por debajo de los datos indicados.²

La atención a las personas dependientes necesita una respuesta

Algunos datos estadísticos que nos han ayudado a contextualizar el impacto positivo e intenso que esta ley va a tener en nuestro país:³

- *Los cambios demográficos y sociales* están produciendo un incremento progresivo de la población española en situación de dependencia. Por una parte la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años, para pasar del 3,3 millones de personas en 1970 (9,7% de la población) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6% de la población). Actualmente en España hay 7.404.260 personas mayores de 65 años. A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir el aumento del colectivo de población con edad superior a los 80 años (2.016.934) que se ha duplicado en solo veinte años.
- El envejecimiento conforma una nueva realidad de la población que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo cada vez más amplio. Asimismo diversos estudios ponen de manifiesto la relación entre la edad y las situaciones de dependencia, lo demuestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tienen alguna discapacidad, mientras este porcentaje se reduce al 5% para el resto de la población.
- A esta realidad derivada del envejecimiento debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones genéticas y, también, por las consecuencias derivadas de la siniestralidad vial y laboral.

2 European Commission and the Council. 2000.

3 Memoria del Anteproyecto de Ley.

- En España un 9% de la población, según encuesta realizada en 1999, presenta algún tipo de discapacidad o limitación que le ha causado o puede llegar a causarle una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidad de apoyo para su autonomía.
- Según las estimaciones del Libro Blanco tendríamos en España 194.508 grandes dependientes, 370.603 en situación de dependencia severa y 560.080 con dependencia moderada; un total de 1.125.190 personas. Después de más de un año de la implantación de la Ley sabemos que esta proyección es sensiblemente inferior a la realidad.

La siguiente reflexión sobre la que quiero detenerme y que pone en evidencia y con rigor el Libro Blanco es que: *la atención a las personas dependientes se realiza en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres.*⁴

El 83% de los dependientes son atendidos por lo que viene llamándose «cuidadores informales», que son casi en exclusiva las mujeres del núcleo familiar, esto es, las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes.

Y dentro de estas, son las mujeres de mediana edad entre los 45 y 69 años las que asumen esta responsabilidad. La media de edad de este grupo es de 52 años. Y el 75% de ellas no pueden realizar ninguna actividad laboral.

La media de tiempo diario que una cuidadora informal dedica a un gran dependiente puede llegar hasta las 10,5 horas. Según el estudio realizado por la catedrática María Ángeles Durán para el CSIC, el tiempo es de cinco horas diarias al menos para cuidar a un familiar enfermo o dependiente. Y para sustituir este tiempo por trabajo remunerado sería necesario crear en España al menos 600.000 puestos de trabajo.

El Libro Blanco prevé la creación de 300.000 empleos.

Actualmente solo un 6,5% de las personas cuidadoras de familiares dependientes reciben ayuda de las administraciones públicas: 3,14% servicio de ayuda a domicilio, el 2,05% teleasistencia y 0,46 plaza en centro de día.⁵

Según los datos seleccionados y expuestos en los puntos anteriores podemos concluir:

Que el incremento cuantitativo de la situación de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población y por el incremento de la morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de

4 Memoria de impacto por razón de género del Anteproyecto de Ley.

5 Datos de enero de 2005, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, que ya ha empezado a hacer crisis, o sea insostenible a medio plazo.⁶

Otros aspectos a destacar:

- Las familias de estratos sociales más altos suelen resolver sus necesidades de apoyo en el ámbito de los cuidados formales privados de atención (fundamentalmente mediante empleadas/os domésticas) mientras que las capas sociales más bajas no pueden pagar cuidados de sustitución y es la familia la que los asume a su exclusivo cargo.⁷
- La población cuidadora opina en su mayoría (63%) que son las administraciones las que deben participar con las familias en la atención mediante recursos formales de apoyo, mientras que solo el 6% de ellas manifiesta que son las familias las que deben cuidar en exclusiva.⁸
- Es de justicia reconocer que en España ha habido cambios importantes que han favorecido la integración social y laboral de las mujeres; debe hacerse referencia a la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, sin embargo aún persiste la asignación de roles entre los sexos y son mayoritariamente las mujeres (como ponen de manifiesto los datos presentados) las que se ocupan de los cuidados familiares, ya en exclusiva o como extensión de su jornada laboral extra doméstica.
- Como consecuencia de la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado se ha originado en España el retroceso de la maternidad y una brusca y continuada reducción de la natalidad, que repercute directamente en el envejecimiento de la población.

II. Comentarios a la Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Ideas «fuerza» contenidas en la exposición de motivos de la ley

En la exposición de motivos de la ley se insiste en los siguientes elementos:

- La protección a las situaciones de dependencia responde a un «modelo de país», a la caracterización de nuestro modelo de Estado Social y es «una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de Seguridad Social».

6 «Libro Blanco de las dependencias» (2006), España.

7 *Ibidem*.

8 *Ibidem*.

- *La ley garantiza unos derechos básicos* mediante la creación de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación y colaboración de todas las administraciones públicas.
- Conviene aclarar que, en base a los criterios de descentralización competencial de España, son las Comunidades Autónomas (CCAA) las que tienen competencia exclusiva en materia de Servicios Sociales, pero el Estado tiene título competencial para intervenir legislativamente en la materia, ya que de acuerdo con nuestra Constitución (artículo 149.1.1º) el Estado tiene competencia exclusiva para «la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos [...] constitucionales».
- Según las competencias de las CCAA, la ley establece «un régimen de cooperación y financiación entre la Administración Central del Estado y las Comunidades Autónomas. La coordinación, la lealtad y la cooperación entre Administraciones es pues, «un elemento fundamental».
- Hasta ahora los cuidados de las personas dependientes han sido realizados fundamentalmente por mujeres. Por ello, el *reconocimiento de una prestación específica a los cuidadores familiares*, que se acompaña con medidas en relación con su formación y que puede contribuir a la consolidación como puesto de trabajo «productivo» de algo que antes no lo era. Esto redundará en beneficio de las mujeres, (se valora como trabajo una actividad feminizada y se le otorga la correspondiente protección social) y de las personas dependientes, que no precisan salir de su entorno familiar para recibir cuidados.

Recordad:

- 83% de las personas cuidadoras son mujeres.
- 60% de ellas tienen un nivel bajo de estudios.
- 73% no tienen actividad laboral retribuida.
- La edad media de la cuidadora es 53 años.

«La ley será sin duda un instrumento valioso para comenzar a responsabilizar a toda la sociedad del peso que ahora soportan exclusivamente las mujeres.»⁹

El derecho y los principios generales de la ley

Insistimos en que la ley reconoce un *nuevo derecho de ciudadanía* en España, *universal, subjetivo y perfecto*: el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado y garantiza para ello un conjunto de prestaciones y servicios.

Este derecho se puede reclamar por vía administrativa y judicial.

9 Memoria de impacto por razón de género del Anteproyecto de Ley.

Los *principios que inspiran la ley* son, entre otros:

- *Carácter universal y público* de las prestaciones.
- *Acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación.*
- *La permanencia de las personas en situación de dependencia* siempre que sea posible, *en el entorno en el que desarrollan su vida.*
- *La atención personalizada, integral e integrada en un sistema.*
- *La calidad, sostenibilidad y accesibilidad* de los servicios.
- *La participación de todas las administraciones* en el ejercicio de sus competencias.
- *La inclusión de la perspectiva de género.*

El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se configura como *una red estatal, de utilización pública, diversificada, que integre de forma coordinada centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados.*

Como instrumento de cooperación para la articulación del sistema se crea el *Consejo Territorial del SAAD.*

De este Consejo formarán parte: La Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y la Federación de Municipios y Provincias. Será presidido por el ministro competente. Aunque es el gobierno el que debe dictar las correspondientes normas de desarrollo y el contenido de las mismas, existe el compromiso de que sean acordadas previamente por este Consejo.

En el foro del Consejo se acordará un *Plan de Acción Integral para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia,* que definirá el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes convenios en todo el territorio español.

Para hacer efectiva la participación institucional se crea:

- El *Consejo Consultivo del SAAD* del que forman parte organizaciones sindicales y empresariales, además de las tres administraciones públicas.
- Los *Órganos Consultivos*, como el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad, el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Las funciones de estos órganos serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del sistema.

Valoración y reconocimiento de la dependencia

La valoración de la situación de dependencia se llevará a cabo mediante un *baremo*, único a nivel del Estado, *mediante el cual será posible determinar con criterios objetivos el grado y situación de dependencia de las personas.*

La valoración, así establecida, *define el derecho a las prestaciones que se establezcan en función del grado de dependencia.*

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes *grados*:

Grado I. *Dependencia moderada*, cuando la persona necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II. *Dependencia severa*, cuando la persona necesita ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III. *Gran dependencia*, cuando la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

En cada uno de los grados de dependencia se establecerán dos niveles en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que requiera.

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia deberá iniciarlo la persona afectada o quien ostente su representación. Y será evaluado por los órganos que designen las Comunidades Autónomas.

El reconocimiento del derecho será expedido por la Comunidad Autónoma que corresponda según el lugar de residencia, y será válido en todo el territorio del Estado.

Quienes ya tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de una tercera persona, tienen reconocido administrativamente el requisito de encontrarse en situación de dependencia.

Como elemento positivo hay que reseñar que, para cada persona que sea evaluada se realizará un *«programa individual de atención»*, que marcará los objetivos y contemplará los servicios y modalidades de intervención más idóneas para cada situación de dependencia.

Prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

La ley es muy exhaustiva en relación a los servicios y prestaciones del sistema, y los concreta como sigue:

Prestaciones de servicios:

A través de centros y programas públicos o concertados según catálogo.

El catálogo de servicios incluirá:

Servicios para la promoción de la autonomía personal:

- Prevenición de las situaciones de dependencia.
- Teleasistencia.
- Ayudas técnicas para la autonomía.
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar.

Servicios de atención y cuidado:

- Servicio a domicilio, con atención a las necesidades del hogar y cuidados personales.
- Servicios de atención en Centros de día y de noche.
- Servicios de atención en centros residenciales.
- Residencias para personas mayores dependientes.
- Centros de atención a dependiente con discapacidad.

Prestaciones económicas:

Prestación económica vinculada a la contratación del servicio

En el caso de que no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario en función de su grado de dependencia, se procederá al reconocimiento de una prestación económica vinculada para que la persona pueda adquirir el servicio en el mercado.

Compensación económica por cuidados en el entorno familiar

Siempre que se den las circunstancias familiares para ello. Y de modo excepcional, el beneficiario podrá optar por ser atendido en su entorno familiar, y su cuidador o cuidadora recibirá una compensación económica y quedará incorporado al régimen correspondiente de la Seguridad Social.

Añadir que, para mejorar la calidad de vida de las cuidadoras o cuidadores familiares, la ley contempla la posibilidad de *prestaciones residenciales de carácter temporal para cubrir periodos de «respiro»*.

- 52,2% se siente a menudo cansada.
- 32,1% se siente deprimida.
- 28,7 piensa que esta tarea está empeorando su salud.
- 64,1% declara que ha tenido que reducir su tiempo de ocio.
- 48,4% dice que no puede ir de vacaciones.¹⁰

10 Memoria de impacto por razón de género del Anteproyecto de Ley.

Prestación de asistencia personalizada

Tiene como finalidad la promoción de la autonomía *de personas con gran dependencia y menores de sesenta y cinco años*. Su objetivo es contribuir a la contratación de una *asistencia personalizada* durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma en el acceso a la educación y al trabajo, y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

La calidad y la eficacia de los servicios

Esta ley hace una apuesta por la calidad de los servicios de atención a la dependencia. Los elementos a destacar en esta materia son: *la acreditación de centros, la elaboración de estándares de calidad para todos los servicios y la formación del personal dedicado a estos cuidados*.

Se ha puesto en funcionamiento un *sistema de información de la dependencia*, que garantiza la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre administraciones públicas.

Se crea una base de *información estadística sobre el envejecimiento y la dependencia*, que se encargará también de promover y difundir estudios e investigaciones sobre dicha materia y, en general, de todas aquellas cuestiones que redunden en la mejora y eficacia del sistema.

No cabe duda que la formación y cualificación de los profesionales y cuidadores/as tiene una relación directa con la eficacia y la calidad de atención a las personas dependientes. Por ello, la ley prevé la creación de un *Centro de Referencia Nacional*, para el desarrollo e impulso de los planes de formación, y que desarrollará su actuación en coordinación con otras instancias formativas de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

También se prevé en la ley la implantación de un *reglamento de infracciones y sanciones* que regula dispositivos de vigilancia y alerta que garantice los derechos con servicios dignos a las personas mayores y personas con discapacidad.

La financiación

Es importante dejar claro que la *implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia será gradual*, con la finalidad de acompañar el derecho de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. Está ordenado de forma que este período de desarrollo culmine en ocho años; *empezó en 2007, garantizando el derecho a los grandes dependientes*, y avanzará atendiendo progresivamente y priorizando la gravedad. *Terminará en 2015 reconociendo el derecho a los dependientes moderados de nivel 1*.

La financiación del SAAD correrá a cargo de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas.

El objetivo es pasar del 0,33% del PIB, presupuesto 2006, al 1% en 2025.

Para ello, la Administración General del Estado aportará más de 12.638 millones de euros nuevos hasta 2015 para garantizar las prestaciones del SAAD. Las Comunidades Autónomas, que son la administración competente, deberán aportar una cantidad similar.¹¹

El gobierno financiará íntegramente la cobertura básica común para todo el Estado.

Además, el gobierno establecerá convenios con las Comunidades Autónomas para cofinanciar las prestaciones.

Los beneficiarios del sistema participarán en la financiación del mismo en función de sus ingresos económicos, de forma equilibrada y justa, teniendo en cuenta que ningún dependiente dejará de recibir atención por falta de recursos.

Además de los beneficios sociales, crear en España el sistema de atención a las personas en situación de dependencia va a suponer una inversión eficiente por su impacto social, económico y laboral.

De hecho, según el Libro Blanco de las Dependencias, y el informe FEDEA, en el año 2015 se habrán creado 300.000 empleos y los efectos sobre el PIB de nuestra economía podrían llegar a ser de un 1,56% más en 2010, lo que implicaría a su vez un diferencial en tasa de crecimiento acumulativo anual real de más de 0,28 a lo largo de todo el periodo.

Igualmente, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones, llegaría a cubrir hasta los dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD (informe FEDEA).

II. Resumen de contenidos relevantes

La ley 29/2006, establece en España un nuevo derecho de ciudadanía que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes (mayores y discapacitados graves).

- El Estado garantizará a las personas que no pueden valerse por sí mismas y a sus familias el acceso a las prestaciones y servicios según su grado y nivel de dependencia.
- El gobierno avalará la igualdad de todos los ciudadanos independientemente del lugar donde residan mediante la financiación del contenido básico del derecho.
- El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia priorizará la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día, ayudas técnicas, plazas residenciales...) frente a prestaciones económicas.

11 Memoria económica de la Ley 29/2006.

- Se creará el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia para articular la cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

Para finalizar, añadir que la Ley 29/2006, entró en vigor en enero de 2007, con el compromiso de reconocer el derecho de atención a la dependencia de los grandes dependientes (casi doscientos mil según el Libro Blanco).

Sabíamos que no era un reto fácil, es una apuesta valiente, y aún es muy pronto para hacer una evaluación con rigor; pero sí podemos señalar dónde están las dificultades: la principal en la coordinación interadministrativa, con lo que la implantación está teniendo un desarrollo desigual, hay regiones donde han avanzado satisfactoriamente y cumplen los plazos y compromisos previstos a pesar de la complejidad de elementos pero, desgraciadamente, en otras Comunidades Autónomas hay menos interés y se ralentizan los procesos.

Seguimos esforzándonos, corrigiendo los errores que se plantean y marcando este objetivo: «El reconocimiento del derecho con calidad a las personas dependientes como una prioridad política».

«Hemos dado un paso definitivo para construir una sociedad más justa y más digna... hoy España es mejor». (José Luis Rodríguez Zapatero.)

Bibliografía

- Ley 29/2006 del 14 de diciembre para la Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
 Caldera, Jesús (21/02/2006). Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales.
 Conferencia, Presentación Anteproyecto de la Ley 29/06.
 Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España, diciembre de 2004.
 Sánchez Fierro, Julio (2004). Libro Verde sobre la Dependencia en España.
 García Herrero, Gustavo (2007). Comentarios y valoración sobre la Ley 29/06, de España.

Más aportes sobre la Ley de Dependencia

Comentarios y debate

Durante la exposición del documento anterior, la diputada española Lucila Corral amplió alguna información enfatizando ciertos aspectos que por su interés nos pareció importante registrar. Asimismo, entre la audiencia se levantaron interrogantes y comentarios de gran riqueza que asentamos a continuación.

Financiamiento

Como se señaló en la exposición, el sistema de cuidados en España está financiado a través de los impuestos de toda la población. Más allá de la diferencial de ingresos y de la capacidad contributiva de las personas, el Estado asegura una canasta de prestaciones básicas, equitativa para todos los ciudadanos.

La Ley de Dependencia le costará trece mil millones de euros al gobierno de España y las Comunidades Autónomas tendrían que poner otro tanto. Esto corresponde, más o menos, a 1,2% del PIB. (Los otros países europeos gastan aproximadamente 1,5%.) Esta cantidad tendría que colocarse en etapas a lo largo del proceso entre 2007 y 2015, fecha en la cual se espera la inclusión del total de los dependientes en el sistema.

Esta cifra puede parecer desmesurada. Sin embargo, diversos estudios plantean que por lo menos tres cuartas partes de la inversión van a retornar al Estado por diferentes vías. Más que considerarlo un gasto, este dinero debería considerarse una inversión.

El Libro Blanco asegura que por lo menos se generarán trescientos mil puestos de trabajo formales, lo cual implica un retorno importante a través de la Seguridad Social, permitiendo simultáneamente superar las condiciones de explotación y no reconocimiento existentes en la actualidad para estas personas, habitualmente migrantes. Por otra parte, se liberarán camas hospitalarias que valen 3,5 veces más que una cama de residencia, generando un ahorro al sistema de salud y brindando una atención más adecuada a las necesidades de las personas en situación de dependencia.

A título de ejemplo de retorno de la inversión en políticas sociales, la diputada hizo referencia a un programa de vacaciones en la costa para personas mayores, que inicialmente estaba destinado a ciento cincuenta mil jubilados, que por un precio muy módico podían viajar a la costa en invierno. Este proyecto, objetado en sus comienzos por su costo, en la actualidad incorpora a un millón de personas, y no implica gastos extras para el Estado. El uso de las instalaciones hoteleras, de los servicios de transporte, gastronómicos y de recreación, habitualmente ociosos en invierno, está generando los recursos para mantener el programa. A esto hay que agregar la menor utilización de los servicios médicos, como consecuencia del mejor estado de salud física y mental con que regresan las personas a su lugar de origen.

Cuidadoras y prestaciones

Una parte muy importante de los cuidados a personas dependientes se realiza a nivel domiciliario y estos son efectuados por sus familiares, especialmente mujeres. Existe una gran diversidad de situaciones que dependen del grado de discapacidad, de los recursos familiares para realizar el cuidado y de la oferta de servicios públicos y privados que existan en el medio.

Se han definido distintas categorías de cuidadoras y de prestaciones.

1. *Cuidadora familiar*. Se refiere a la persona, generalmente un familiar, que desempeña estas tareas, a la cual se le proporciona una pequeña prestación económica (500 euros), se le da de alta en la Seguridad Social y se le proporciona servicios de respiro: reemplazo para vacaciones, enfermedad de la cuidadora, etcétera. Esta persona se transforma en una trabajadora formal. Este beneficio se concede en casos excepcionales en los cuales, después de un estudio cuidadoso, se concluye que la mejor opción es que la persona que está cuidando continúe realizando esta tarea. Se le ofrece además la posibilidad de formarse como cuidadora formal y existe un centro de apoyo informativo al cual puede acudir para resolver dudas sobre cómo realizar su tarea.
2. *Prestaciones económicas a la persona dependiente* para comprar algunos servicios en el mercado que no existen en el sector público actualmente.

A la ley no le gustan las prestaciones económicas, pero las reconoce... cuando no hay servicios, se le da una prestación económica para que lo compre en el mercado, pero para que compren el servicio, no para que se queden con ella.¹²
3. *Asistente personal para grandes discapacitados*. Otra prestación que también es novedosa en España y que no existe en otros países europeos es el Asistente personal, que es la persona que le garantiza la autonomía y la posibilidad de realizar una vida lo más normal posible a aquellos grandes dependientes. Se está estudiando cuál tendría que ser el programa de formación para estas personas y qué característica de personalidad tendrían que tener para levantar la autoestima de las personas discapacitadas. Esta prestación se le da a la persona dependiente para que contrate en el mercado al cuidador o cuidadora, y no puede ser un miembro de la familia. Llegar a la decisión de generar esta categoría no fue fácil y se requirió una fuerte demanda por parte de las asociaciones de grandes discapacitados que hicieron valer el argumento de que necesitaban contratar a personas con las cuales se sintieran identificados.

12 Esta cita y las siguientes son comentarios de Lucila Corral Ruiz.

Obstáculos y dificultades en la elaboración e implementación de la ley

Escasa demanda inicial de la población por cuidados.

La importancia de la decisión política

La ley no surge de una demanda de la población que en un comienzo no tenía conciencia del problema que les aquejaba o por lo menos no lo había expresado como un problema colectivo que debía ser atendido a través de una ley.

En el 2003, el Centro de Investigaciones Sociológicas Españolas (CIS) hizo un sondeo de opinión que puso en evidencia el problema. El 76% de los encuestados manifestaba que atender a los cuidados de larga duración era una necesidad prioritaria, 40% afirmaba que las administraciones públicas deberían tener responsabilidad en los cuidados y el 70% que «estarían dispuestos incluso a pagar algo más de impuestos con tal de solucionar el problema». En ese momento sólo el 6.6% de las personas dependientes tenían alguna atención por parte de las administraciones públicas.

A partir de esta información, el entonces candidato José Luis Rodríguez Zapatero hace del tema de los cuidados un tema de campaña y hace una apuesta: pasar de 6% de cobertura a un 100% y a partir de 2004 el Poder Legislativo se comprometió a contribuir con el gobierno para darle solución al problema de la atención de las personas en situación de dependencia elaborando esta ley que afirma *el derecho* de las personas a ser atendidas cuando están en situación de dependencia.

La decisión política del presidente permitió generar la información necesaria para la elaboración de la ley. El IMSERSO —institución centralizadora de los Servicios Sociales en esa época— produjo el Libro Blanco en el cual se recogieron los resultados de investigaciones que proveyeron de argumentación sólida a los legisladores para lograr los consensos necesarios en el parlamento y también lograr convencer a la población de sus ventajas.

Al comienzo la población no entendía qué era eso de los cuidados y de la dependencia. Fue una ley que hubo que explicarla mucho [...] porque no se sabía muy bien de qué estábamos hablando. No ligaban la importancia de esta ley y con frecuencia se pronunciaban «Sí, pero esto no es lo más importante que ocurre en el país».

Se requirió realizar un importante trabajo de convencimiento a lo largo y ancho del país fundamentando las ventajas de la ley, especialmente poniendo en evidencia la necesidad de atender a las personas que actualmente están en situación de dependencia, pero también la de *asegurar* cobertura hacia el futuro de quienes la necesitarán, sin menoscabo de su *dignidad*.

Dificultades para generar consensos. La importancia de la participación

Desde los inicios la elaboración de la ley se planteó como una tarea que requería de consensos para lo cual se establecieron reuniones con los agentes sociales, los sindicatos y la patronal. Antes de presentar el anteproyecto, el ministro de Trabajo y Asuntos Sociales firmó un acuerdo con los agentes sociales y la ley define un Órgano Consultor en el cual están representados los diferentes agentes sociales y las organizaciones de personas en situación de dependencia tales como Asociaciones de Discapacitados, de Familiares de pacientes mentales, etcétera.

La amplitud de la participación hizo más lento el proceso de elaboración de la ley, pero le confirió una mayor riqueza y permitió que se ajustara más adecuadamente a las necesidades de las personas dependientes.

La ley se ha hecho desde el consenso, desde el debate con las organizaciones sindicales, empresariales, organizaciones de los afectados: mayores, discapacitados, Salud Mental, Movimiento feminista, etcétera. La ley es el fruto de ese debate y de ese consenso también con las Administraciones Autonómicas y con la Administración local. Es fundamental que un ley de esa envergadura, una ley grande tiene que ser acordada porque estamos en una democracia y no siempre gobernamos los mismos [...]. El siguiente gobierno tiene que estar de acuerdo con mantener esta ley de manera solvente, si no al final se produce un deterioro en la aplicación de la ley.

Además se requiere el consenso de toda la sociedad, se necesita que la población haga suya la ley porque es una ley cuya implementación es muy compleja.

Nosotros la hemos vendido mucho, nos ha costado un montón que se entendiera que esta ley es un proceso que requiere sus tiempos. O sea que, efectivamente, es una ley muy compleja de poner en funcionamiento, sobre todo cuando se quiere pasar de un ámbito de cobertura muy pequeño al 100% de las personas dependientes.

Estructura política, autonomía y equidad

España tiene mucha autonomía territorial. Hay dieciocho comunidades autónomas con características singulares en la definición de sus políticas y uso de sus recursos. Por ello establecer un sistema de cuidados que asegure la equidad de las prestaciones en todo el territorio implicó un desafío muy importante.

Se construyó un instrumento que permitiera homologar los déficit de las personas a través de un baremo que se aplica por igual en toda España y que fue adaptado del modelo centroeuropeo que funciona como un rasero común.

Por otra parte, si bien las comunidades autónomas son las que gestionan el sistema de cuidados, las políticas de cuidados se definen a

nivel nacional y la mitad del financiamiento es proporcionado por el Estado español a las Comunidades Autónomas para que implementen acciones a nivel del territorio.

La principal dificultad que tiene esta ley es que tiene que existir *lealtad entre las diferentes administraciones y el Estado*. A pesar de que la ley se construyó sobre el consenso, a la hora de hacerla operar han ido apareciendo dificultades. Cada Comunidad Autónoma tiene su propio ritmo de implementación de la ley y lo hace en la medida de sus posibilidades y, de alguna manera, de la voluntad política de sus gobernantes ya que una parte de la implementación depende del financiamiento del Estado y otra parte por lo menos equivalente del financiamiento de la comunidad.

Articulación y control de la iniciativa privada.

Importancia del papel del Estado

En España, junto con los servicios públicos existen centros privados en las Comunidades Autónomas con ofertas de servicios variadas en cantidad y calidad. Con la finalidad de procurar la equidad es necesario homologar la calidad de sus servicios.

[...] La ley prevé que se establezcan unos estándares de calidad en todo el territorio nacional porque no cabe duda que la iniciativa privada en su afán de lucro no tiene límites y los límites hay que ponerlos desde las Administraciones o no existen [...] El establecimiento de los criterios de calidad es aún un reto pendiente.

También se pretende homologar la formación y capacitación de los cuidadores y cuidadoras, acción clave para asegurar una buena calidad. En la actualidad no hay reglamentación sobre la formación y cualquier institución puede dar la formación y capacitación que estime conveniente. La ley contempla un Centro de Formación de Referencia en el cual se establezcan los protocolos y las currícula de las profesiones. Existe ya el presupuesto destinado a este centro, pero aún no se ha implementado.

La calidad de la atención va indisolublemente ligada a la remuneración y se hace necesario mejorar los salarios para mejorar y exigir más calidad.

Los cuidados son una profesión feminizada y por lo tanto es una profesión muy mal paga [...]. Para asegurar la calidad las Administraciones deben hacerse fuertes en los criterios y estándares, en promover la formación y ver cómo se paga mejor al personal calificado [...].

Para asegurar la calidad de los servicios privados es muy importante tener un sector público fuerte.

Las garantías están en lo público y si bien es cierto que en Europa existe una fuerte tendencia hacia la privatización, se recomienda una relación 60-40, en la cual prime lo público para regular el mercado. La respon-

sabilidad de los servicios es pública, así como la responsabilidad de la gestión. Por ello es muy importante la acreditación según los criterios marcados por el sector público. Esto implica generar un cuerpo de inspección importante, definir infracciones y sanciones y la construcción de una guía de buenas prácticas.

La relación público/privado está cambiando en toda Europa. En la década de los ochenta lo público era lo verdaderamente fiable y en esa época se dignificaron los servicios públicos, los asilos se convirtieron en residencias y se diversificaron los servicios públicos para atender a la población de personas en situación de dependencia: ayuda a domicilio, servicios de teleasistencia, centros de día. Estos servicios eran gratuitos, pero no cubrían todas las necesidades de estas personas, especialmente las de los grandes dependientes. La ley viene a subsanar estos déficit.

Desde hace una década, sin embargo, existe un crecimiento sostenido de la participación privada en los servicios de cuidados que parece imparable.

Hace unos años en los países nórdicos el 100% de los servicios eran públicos y ahora la privatización de estos servicios se está aproximando al 40%. Una vez que el mercado va por delante de la oferta, tú no controlas la calidad, te la imponen de alguna manera.

Articulación intersectorial

Además del reto de la coordinación entre Administraciones, la ley requiere para su correcta implementación de la coordinación socio-sanitaria. El Consejo Territorial es la estructura prevista por la ley para que se produzca esta coordinación. Sin embargo, el desarrollo de ambos sectores es muy desigual.

Lo sanitario se ha desarrollado y tiene en España mucha calidad y mucha profesionalidad. Y lo social es como la hermana pobre. Coordinarse en términos de igualdad no es sencillo y si eso no se logra la ley no tendrá la calidad que queremos.

Cálculo de la demanda

El cálculo inicial de personas dependientes fue de 1.350.000; de ellas dos tercios son personas mayores y un tercio son personas con discapacidad.¹³ En la actualidad esta cifra ha sido superada y se estima que es aproximadamente un 10 o 15% superior a la estimación inicial. Además de las dificultades propias de dimensionar la demanda, hay que consignar que en un primer momento no se incluyeron los dependientes por problemas mentales, los que fueron incorporados posterior-

13 Libro Blanco de la Dependencia, 2006, España.

mente por presión de las organizaciones sociales. También es probable que el número de personas a atender esté creciendo en la medida que existe un mayor conocimiento de la población de las prestaciones a las cuales puede acceder.

Esta diferencia de beneficiarios ha implicado destinar una mayor cantidad de recursos tanto financieros como materiales y humanos para la implementación de la ley.

Interrogantes y comentarios

Prestaciones económicas a las cuidadoras.

Impacto sobre la equidad de género y la autonomía de las mujeres

Las prestaciones económicas a las cuidadoras levantó polémica. Los participantes estimaron que esa remuneración escasa constituía un reconocimiento hasta ahora inexistente de la tarea de cuidados —lo cual era un elemento positivo—. También este reconocimiento permitía a un sector de cuidadoras salir del trabajo sumergido e integrarse al trabajo formal. Sin embargo, esta misma remuneración podía constituirse en un estímulo para continuar realizando esta tarea, que es muy ingrata y que limita la posibilidad de que las mujeres trabajen y puedan ejercer otros derechos. Por otra parte, la ley no contempla ninguna acción que promueva una distribución más equitativa de los cuidados entre hombres y mujeres con lo cual se reproduce la división sexual del trabajo, pilar de la inequidad entre hombres y mujeres.

Durante la discusión de la ley en España se produjo un fuerte debate sobre las prestaciones económicas a las cuidadoras informales, oponiéndose a esta medida el Movimiento Feminista y las organizaciones de mujeres. Por ello, esta prestación se planteó como una medida transitoria y de excepción que atendía la situación actual de algunas mujeres cuidadoras que por edad, lugar de residencia y nivel educativo probablemente no podrían ingresar al mercado de trabajo.

No queremos que las mujeres se dediquen a los cuidados de este modo, sino de manera formal, verdadera, que tengan un salario y que estén dadas de alta en la Seguridad Social, no que queden enganchadas en la dinámica tradicional [...] pero entendemos que a estas mujeres de esta generación la sociedad no les ofrece mejores oportunidades.

Definición de la población a atender

La ley española está orientada a la atención de la dependencia, definiendo como tal:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad,

y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.¹⁴

A partir de esta definición, la ley habilita a atender a las personas mayores en situación de dependencia y a discapacitados de cualquier edad.

En la Mesa de Diálogo se debatieron los criterios que debieran utilizarse para definir el universo a atender en Uruguay, dado que el sector de niños y niñas entre 0 y 3 años está cubierto sólo parcialmente por servicios de cuidados. Diversas voces plantearon la necesidad de incorporar a este sector de población dentro de las políticas de cuidados. También se propuso contemplar no solamente a los sectores de infancia más depauperados, para los cuales algunas políticas sociales se están implementando (CAIF), sino la urgencia de incluir a los sectores medios cuyos recursos no alcanzan a cubrir los precios del mercado. Se hace necesario diseñar políticas dirigidas a estos sectores en los cuales predominan mujeres fértiles que están incorporadas a la fuerza de trabajo y que no tienen los recursos para conciliar la vida laboral y familiar. Esta situación constituye un problema, tanto para los niños/niñas como para sus madres que tienen dificultades para atenderlos y simultáneamente participar del trabajo remunerado.

Mecanismos para lograr la homogeneidad de las prestaciones en todo el territorio

Se efectuaron varias preguntas en torno a cómo se aseguraba la homogeneidad de las prestaciones dada la configuración política fuertemente descentralizada de España y las diferencias de disponibilidad de recursos, decisión política de implementar la ley, etcétera.

El Sistema de Cuidados a la Dependencia en España ha definido una estructura nacional llamada Consejo Territorial que es la que realmente gobierna el sistema. Allí se definen los baremos que se aplicarán en todo el territorio a través de los cuales se evalúa el grado de discapacidad y los apoyos que se requieren para cubrir ese nivel. Este Consejo además realiza un seguimiento de la aplicación de la ley y de los recursos necesarios para su cumplimiento.

14 Ley para la promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia, 2006, España.

Segunda parte

La situación de los cuidados en Uruguay

Hacia políticas de corresponsabilidad en los cuidados

Rosario Aguirre¹⁵

Introducción

La literatura convencional sobre políticas sociales considera al Estado y al mercado como pilares fundamentales para la organización del bienestar social, en tanto las familias y la sociedad organizada aparecen señaladas de forma subsidiaria, ajustando sus funciones según la actuación de las otras esferas. Sin embargo, se han ido abriendo camino nuevos análisis que han puesto en evidencia los efectos de las políticas sobre los mercados y las familias.

Nuestro propósito es colocar el foco explícitamente en las actividades de cuidado a las personas dependientes que se cumplen en las familias. Estas actividades eventualmente pueden ser mercantilizadas total o parcialmente, o apoyadas por el Estado a través de diferentes servicios. Las distintas relaciones que se pueden establecer entre el Estado, el mercado, las familias y la comunidad pueden dar lugar a modelos de desarrollo social o regímenes de bienestar diferentes en cuanto a promover la equidad social y de género.¹⁶

El propósito fundamental de esta presentación es contribuir a la construcción de los cuidados familiares como un problema público que debe ser objeto de políticas. Se aspira a que adquieran visibilidad, que se aprecie su importancia y sean valorados por su contribución al bienestar social y al funcionamiento del sistema económico. Para ello se requiere aportar información, discutir y difundir argumentaciones y propuestas.

Se trata de «desprivatizar» este tema para que la cuestión de quién se hace cargo de las personas dependientes forme parte del análisis académico y político del sistema de protección social, la reforma del sistema de salud y el desarrollo de los servicios sociales en el país.

15 Profesora titular del Departamento de Sociología, investigadora, docente y responsable del Área de Género, FCS, Universidad de la República. Miembro de la Red Género y Familia.

16 Una presentación de los regímenes de bienestar y su relación con la equidad de género puede encontrarse en Aguirre, Rosario (2004).

Mirado desde la perspectiva de la equidad, se trata de lograr que disminuya la desigual e injusta división del trabajo según sexo en el cumplimiento de las funciones familiares, a fin de promover la igualdad de oportunidades, el ejercicio efectivo de derechos y el logro del bienestar por parte de mujeres y varones de distintas generaciones y estratos sociales.

Este documento está organizado en cuatro partes. En primer lugar, se presenta una breve reseña sobre los cambios sociales globales que inciden en las funciones familiares de cuidado. En segundo lugar, se distinguen tipos de cuidados a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. En tercer lugar, se tratará de aclarar qué se entiende por procesos de desfamiliarización de los cuidados. Por último, se propone considerar las políticas hacia los cuidados familiares como políticas de corresponsabilidad.

1. Cambios sociales globales y sus impactos sobre las funciones familiares de cuidados

Las organizaciones familiares no son instituciones aisladas sino que están ligadas a los cambios sociales, económicos, a los valores culturales y a los procesos políticos del momento histórico en que vivimos.

Los cuidados se han resuelto históricamente a través de las familias pero las familias han cambiado, sus necesidades de cuidado no son las mismas ni tampoco las personas que pueden prestarlos.

Los cambios en la fecundidad, los procesos de envejecimiento de la población, las migraciones, impactan en el tamaño de los hogares, en las estructuras familiares, en la composición de los hogares, en las relaciones familiares y en el bienestar de las familias. Por otra parte, las transformaciones culturales, los procesos de individualización y secularización diluyen los lazos familiares tradicionales. Estos procesos inciden en las demandas de cuidados y en las posibilidades de satisfacerlas.

El descenso en la fecundidad que se ha producido en el país reducirá la cantidad de personas que pueden ser potenciales cuidadores de las personas dependientes en la vejez. Cada vez habrá menos hijos que cuiden de sus progenitores.

Pero además habrá cada vez más personas mayores que necesitan cuidados por el avanzado proceso de envejecimiento de la población, el aumento de la proporción de las personas mayores de 65 años en la población, debido fundamentalmente a la baja natalidad y al aumento de la esperanza de vida.

La mayor esperanza de vida de hombres y mujeres va asociada al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y por consiguiente a la demanda de servicios formales de atención y cuidado de la salud,

y de cuidados familiares. Recordamos que Uruguay, junto a Argentina, se encuentra en el grupo de países de envejecimiento avanzado, países que han sido catalogados como pioneros en el envejecimiento en América Latina, a los cuales se agregan Cuba y varios países del Caribe (CELADE, 2002). En Uruguay, los hogares con adultos mayores representan casi la mitad del total de hogares (CEPAL, 2000).

Otro cambio que impacta en las funciones familiares de cuidados es la disminución de familias tradicionales, en las que el padre trabaja y la madre se dedica al cuidado exclusivo de sus hijos. La participación de las mujeres uruguayas en el mercado de trabajo aumentó de forma importante y sostenida en la segunda mitad del siglo pasado y sobre todo desde la década de los ochenta. Este proceso no se detuvo, y hoy la tasa de participación femenina llega al 51%. Según datos para 2002 en nuestro país tan sólo un 28% de los hogares urbanos se ajusta al modelo tradicional de la «familia nuclear», compuesta por madre dedicada exclusivamente a las actividades domésticas y padre único proveedor económico. Uruguay se ubica entre los países de la región que presenta el porcentaje más bajo de familias tradicionales (CEPAL, 2004).

Por otra parte, se ha constatado que en 2006 del total de mujeres trabajadoras el 46,8% son madres trabajadoras que viven en hogares biparentales con hijos y el 14% en hogares monoparentales (Batthyány, Cabrera, Scuro, 2007).

Las tasas de las madres de niños (mayores y menores de 3 años) aumentaron de forma importante, sin embargo es significativa la incidencia de la existencia de menores en el hogar sobre la tasa de actividad femenina, siendo la más baja cuando éstos tienen hasta 3 años (Aguirre, 2007). Este comportamiento de las trabajadoras madres es propio de la fuerza de trabajo femenina; los datos correspondientes a los hombres evidencian que la presencia de niños no los afecta sino que más bien tiende a incrementar la tasa. La tasa de actividad de las mujeres entre los 20 y los 44 años, calculada sobre la base de la información de la Encuesta de Hogares de 2002, pasa del 85% cuando no tienen niños al 63% cuando tienen niños menores de 3 años, mientras que la tasa de los hombres pasa del 95,5% cuando no tienen niños al 97,7% cuando sus niños tienen menos de 3 años.

El informe citado anteriormente (Batthyány, Cabrera, Scuro, 2007) muestra que cuando los niños asisten a centros educativos, las mujeres incrementan su tasa de actividad de forma notable. Esta diferencia es más fuerte entre las mujeres que tienen hijos de 0 a 3 años. Si los hijos menores de tres años asisten a alguna institución educativa, la tasa de actividad es de 78% y si no asisten es de 58%.

Coincidentemente, los datos que provienen de un estudio realizado en Brasil, dan cuenta del impacto de la asistencia a los servicios de cui-

dado infantil en la participación laboral femenina y en el nivel salarial de las madres, tanto en los hogares con niños entre 0 y 3 años, como en los hogares con niños entre 4 y 6 años (Sorj et al., 2007).

En síntesis, las mujeres tienen mayor autonomía económica pero enfrentan grandes problemas para articular los tiempos de trabajo pago y de cuidados frente a la insuficiencia de políticas que atiendan al cuidado infantil. La encuesta sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado realizada en Montevideo y área metropolitana en 2003 mostraba que las madres dedican al cuidado de sus hijos menores de 12 años el doble de horas que los padres, porque hay necesidades de cuidado que se cubren a costa del sobretrabajo, fundamentalmente de las mujeres. Las trayectorias laborales de las mujeres están caracterizadas por la tensión entre los cuidados familiares y sus responsabilidades extradomésticas. Entonces, plantear el problema de los cuidados desde la perspectiva de la equidad de género supone cuestionar la división del trabajo en las familias y la escasez de servicios.

En ese contexto, las nuevas políticas sociales piden más participación de los familiares en los cuidados de salud, cada vez se requiere más dedicación de los padres por parte del sistema escolar, cada vez se trabaja más horas y con horarios que no se ajustan con los ritmos de la vida familiar.

2. Los cuidados en las distintas etapas del ciclo vital

Existen necesidades de provisión de cuidados en las distintas etapas del ciclo de vida de las personas que son autosuficientes y dependientes, ambas cosas a la vez, por más que hay períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia y otros en lo que prevalece es la dependencia.¹⁷ La consideración del cuidado y de la dependencia conduce a tener en cuenta que dependemos unos de otros y que todas las personas requieren de las familias, de la sociedad y de la comunidad para que le proporcionen soporte a lo largo del curso de vida. No obstante, hay períodos y situaciones de incapacidad en los que la dependencia y la necesidad de cuidados presentan especificidades a tener en cuenta.

A. Los cuidados a los niños y niñas. El cuidado de los niños, niñas y adolescentes es una obligación pero también contiene un fuerte componente de gratificación. Se plantea una frontera difusa entre cuidar y educar que tiene mucha importancia cuando se trata de la atención de los más pequeños.

17 En esta línea argumental se encuentra el trabajo de Izquierdo, María Jesús (2003).

¿Cómo hacen los padres —sobre todo las madres— que trabajan para la atención de los niños pequeños (de 0 a 3 años)? Es importante conocer las estrategias privadas desarrolladas en las familias para trabajar y cuidar a los niños, lo cual se relaciona con la estructura de las familias (biparentales, monoparentales, extensas) como con el nivel socioeconómico y educativo de las mismas.

La literatura especializada ha avanzado en el conocimiento de las diferentes estrategias desarrolladas por las personas que cuidan, fundamentalmente en relación al cuidado del segmento de los niños más pequeños:

1. La reducción de objetivos tanto en el plano laboral como familiar: trabajar menos horas por parte de la madre, dejar a los niños solos o a cuidado de otras niñas o niños de la familia, no tener más hijos. Todas estas opciones tienen altos costos sociales, familiares y personales.
2. La delegación, que consiste en trasladar el cuidado a otras personas por mecanismos formales o informales: servicios públicos, servicios privados, servicios informales, servicio doméstico, mujeres de la red familiar (abuelas, tías, etcétera). La delegación muchas veces supone una delicada tarea de gestión y articulación de distintos recursos teniendo en cuenta horarios y disponibilidad.
3. La alternancia del trabajo para el mercado con el trabajo de cuidado, que es lo que buscan las licencias maternas. Estrategias y medidas de «conciliación», a cargo de las madres, que no alteran la división sexual del trabajo. Si bien refieren a una etapa de la crianza de mucha importancia y vulnerabilidad, sólo cubren por un corto período de tiempo a una parte limitada de las trabajadoras.

B. Los cuidados a los enfermos y personas dependientes tienen una significación para los cuidadores diferente a la que se presenta en el cuidado infantil. Muchas veces el cuidado está vinculado a la lógica del sacrificio, pero que a la vez puede significar reconocimiento social.

En la Mesa de diálogo sobre *Políticas de salud y cuidados* (Fassler, C., 2008) se señaló el costo emocional que provoca en las personas que cuidan este tipo de trabajo: «En particular, en el caso de las mujeres, esta capacidad altruista, de entrega hacia el otro va acompañada de una postergación de la atención de la propia salud.» En relación al cuidado de los enfermos mentales se hacía referencia a un estudio realizado en 1999 por parte del grupo La Esperanza en el que se constató que las familias cuidadoras de enfermos mentales «estaban constituidas mayoritariamente por madres solas o a veces acompañadas por otros hijos. Cuando los cuidadores eran hombres, éstos no estaban solos, a veces estaban con su pareja, o si no, acompañados por hijos».

C. Los cuidados familiares a las personas adultas ocupadas y sobreocupadas, sobre todo hombres, requieren muchas horas de dedicación como lo muestran las encuestas de uso del tiempo. Estas encuestas ponen en evidencia que las mujeres cuando viven en pareja aumentan notablemente las horas que dedican al trabajo doméstico y a los cuidados familiares y que el volumen de horas que los hombres dedican a estas tareas disminuye, independientemente de la existencia de niños en el hogar (Aguirre, Batthyány, 2005).

El uso del tiempo en el trabajo doméstico familiar y en los cuidados debe considerarse especialmente en los nuevos programas sociales dirigidos a las familias, sobre todo los que establecen transferencias condicionadas. Existen numerosos estudios nacionales sobre casos de diferentes países que muestran que están dirigidos a un modelo de familia tradicional en que las mujeres tienen disponibilidad de tiempo. Por eso se tiene que tener en cuenta la adecuación de los horarios de los servicios a las necesidades de los integrantes de las familias (servicios de cuidado infantil, servicios de salud, gestión de las transferencias, etcétera).

3. Los procesos de desfamiliarización

Hablar de procesos de desfamiliarización no implica des-responsabilizar a las familias ni suponer que ellas no quieren seguir cumpliendo determinadas funciones, ni tampoco considerar que estos cuidados van a quedar exclusivamente en manos del Estado. Los procesos de desfamiliarización pueden ser muy variados y seguir diferentes ritmos y así ha sido históricamente.

Recién estamos avanzando en el conocimiento de indicadores, tales como la demanda potencial y real de servicios, la cobertura de los servicios públicos y privados, la opinión y las expectativas de las personas sobre sus preferencias de cuidados.

A. Procesos de desfamiliarización vía mercado

El país en la última década ha experimentado un aumento considerable de la oferta privada de servicios de cuidado infantil que tiende a suplir el déficit de cuidados, resultado de la incorporación al trabajo de las madres. Según los datos para 2006, un 7% de los niños de 0 a 3 años asiste a guarderías y centros educativos privados (Katzman y Rodríguez, 2007). En 1996 se crea en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura un Registro y una Comisión Honoraria con la finalidad de controlar la calidad de las guarderías existentes. Recientemente se comenzaron a instrumentar acciones tendientes a lograr el mejoramiento de la calidad de los centros privados; diseño curricular básico y un censo nacional de centros. La preocupación actual por atender la calidad

de las prestaciones de quienes pueden pagar los servicios privados resulta clara, así como el enfoque educativo con el cual se está trabajando («cuidar es educar»). Merece destacarse la Declaración de principios de la Educación en Primera Infancia de representantes del sector educativo del Mercosur (agosto 2007).

La posibilidad de acceder a servicios mercantiles de calidad depende del nivel de ingresos de las familias. Los servicios informales de más bajo costo no están registrados y por lo tanto no son alcanzados por los controles de calidad. Esta situación afecta particularmente a los sectores medios que deben recurrir a las redes familiares y a soluciones de bajo costo para el cuidado infantil.

También la provisión mercantil de servicios para adultos mayores se encuentra en expansión (ver el documento de Batthyány en esta publicación). Las residencias para mayores y los servicios de acompañamiento no reciben controles adecuados.

B. Procesos de desfamiliarización vía servicios públicos

Los servicios públicos de cuidado de los niños de 0 a 3 años tienen escasa cobertura y se dirigen a la atención de los niños en situación de vulnerabilidad social.

El programa de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) en el marco del Plan de Equidad impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social, ha sido reformulado para lograr mayor calidad en las prestaciones mediante la calificación obligatoria de su personal y la extensión de la cobertura para alcanzar a niños menores de 3 años.

Existe preocupación por fijar normas de calidad de los servicios públicos, la jerarquización de los trabajos y de las trabajadoras asalariadas que a ellos se dedican, y la necesidad de que se tengan en cuenta consideraciones científicas y profesionales en los mismos.

Queda la interrogante de si esta baja cobertura tiene que ver con la escasez de oferta o si también intervienen otros factores tales como falta de accesibilidad física, horarios, imágenes negativas de los servicios, etcétera.

En cuanto a la provisión pública de los servicios de cuidados de larga duración a personas mayores y dependientes, la oferta existente es escasa y fragmentada. ASSE-MSP los brinda a través de una sola institución con servicios múltiples de corta y larga estancia para situaciones de indigencia y se ha implementado un servicio de derivación a domicilio. El Banco de Previsión Social brinda prestaciones sociales: turismo, voluntariado, asesoramiento a ONG, estímulo a la formación y funcionamiento de clubes de mayores. Por su parte, la Intendencia Municipal de Montevideo tiene dos centros diurnos, un programa de voluntariado y cinco residencias compartidas.

4. Las políticas de corresponsabilidad en los cuidados

En relación al problema que nos ocupa, un escenario posible y deseable para la equidad social y de género y para la sustentabilidad societal es que se desarrollen políticas de corresponsabilidad: familias/Estado/mercado, sobre la base de transferencias y servicios que tengan en cuenta sus interacciones con el trabajo femenino no remunerado.

¿Cuáles son?

Una propuesta de un paquete de políticas de corresponsabilidad podría tener los siguientes componentes:

- prestaciones monetarias universales por maternidad y familiares;
- servicios sociales públicos universales para el cuidado de niños y dependientes;
- servicios sociales y personales privados para el cuidado de niños y dependientes sometidos a regulación pública;
- políticas que estimulen la redistribución de tareas en el hogar y la responsabilidad social;

Estas son políticas que inciden en los patrones de uso del tiempo de las mujeres y en la posibilidad de combinar trabajo remunerado y no remunerado mediante distintos mecanismos, principalmente a través de la secuenciación en el uso del tiempo y la derivación hacia servicios de cuidado. Supone desarrollar estrategias para contemplar impactos de políticas específicas, mitigando efectos no deseados sobre la carga de trabajo.

Estas acciones deberían estar acompañadas por políticas orientadas a estimular la corresponsabilidad. En el ámbito privado el objetivo es promover cambios culturales que flexibilicen la división sexual del trabajo. En el ámbito público se trata de promover el cuidado como responsabilidad social.

El Estado puede sensibilizar a la población a través de la educación formal y de los medios de comunicación, para apoyar las transformaciones valóricas y en las subjetividades que hagan posible el replanteo de los contratos de género y generacionales. En ese marco, tiene particular importancia fomentar la reformulación del concepto de paternidad, a los efectos de incluir una mayor participación en cuanto a compartir la crianza de los hijos y el cuidado de las personas mayores.

¿Qué objetivos tienen?

Los objetivos son éticos, económicos y sociales.

- *Éticos*. Se trata de alcanzar la equidad de género favoreciendo la ampliación del ejercicio de derechos sociales, económicos y políticos de las mujeres, buscando un equilibrio entre mujeres y varones.

Cuadro 1. Características de los regímenes de cuidados familiarista y de corresponsabilidad

<i>Dimensión</i>	<i>Régimen familiarista</i>	<i>Régimen de corresponsabilidad</i>
Responsabilidad principal del bienestar	Las familias/las mujeres en la red de parentesco	Estado, mercado, familias, comunidad
Supuestos ideológicos	Centralidad del matrimonio legal y naturalización de la división sexual del trabajo Subsidiaridad y focalización	Cuestionamiento privado /público Políticas familiares activas
Base de admisión de beneficios	Necesidad: jefas de familia Madres/esposas	Ciudadanía /residencia
Trabajo asistencial de cuidados	No remunerado	Remunerado
Unidad de beneficios	Hogar o familia	Individuo
Actores	Religiosos Actores políticos y sociales conservadores	Movimiento de mujeres/feminista Organizaciones de la sociedad civil, trabajadores Académicas/os Organizaciones de enfermos y familiares Organizaciones internacionales
Medición nexo familia- bienestar	Caja negra	Mediciones directas e indirectas (cobertura servicios, transferencias, medición tiempo cuidados, demanda real y potencial, etcétera)

Fuente: Adaptado de Saraceno (1995), Sainsbury (2000).

- **Socioeconómicos.** Estudios realizados en diferentes países muestran que los servicios sociales de apoyo a los cuidados hacen que las mujeres aumenten su participación en el mercado de trabajo y se incrementen por tanto su autonomía económica. Se crean nuevos empleos en esos servicios y se aumenta el consumo familiar.
- **Demográficos.** También se sabe que si las mujeres y los hombres encuentran las posibilidades de compatibilizar vida laboral y familiar se incrementa la fecundidad, como ha sucedido en los países nórdicos. Como ha dicho una especialista en el tema, «la crisis de la fecundidad ha destapado por fin la caja de Pandora de todo un ámbito en gran medida sumergido, invisible e ignorado por el análisis económico: el del trabajo doméstico y de cuidados» (Pazos Morán,

2008). A la llamada huelga de fecundidad se la vincula con el nivel de asimetría familiar y con la aspiración de las mujeres educadas de asegurar su carrera profesional frente al riesgo de la penalización por el cumplimiento de sus responsabilidades familiares.

A continuación se presentan las principales características de un modelo familiarista que es el que predomina en la actualidad y que contraponemos a las características propias de un modelo de corresponsabilidad.

¿Cuáles serían las bases sobre las que promover la consideración de los cuidados como problema público?

1. Promover la construcción de nuevos derechos para asegurar la equidad en un marco de corresponsabilidad. Los hechos relativos al cuidado de los dependientes no son algo propio de la esfera privada, debe formar parte del debate sobre los derechos de ciudadanía y sobre la democracia.
2. Integrar los cuidados en el nuevo sistema de bienestar basado en tres pilares: a) el sistema de seguridad social; b) las políticas universales básicas sometidas a procesos de reforma; c) la definición de la red de asistencia e integración social. Será necesario articular estos pilares para conformar un sistema de protección social que se proponga la equidad social y de género para toda la población y a la vez considerar selectivamente a sectores que se encuentran en situaciones especiales o con necesidades específicas. Ello implica la realización de arreglos institucionales que posibiliten esta articulación.
3. Instalar este debate en la discusión sobre las reformas sociales donde se plantea una reestructuración de las prestaciones y de los servicios sociales. Discutir la combinación de servicios sociales universales y focalizados y el «mix» deseable de prestaciones sociales y servicios sociales es uno de los puntos que puede provocar intensos debates. Es deseable incentivar la voluntad política de revisar, ampliar y coordinar el paquete de cuidados sociales evitando la segmentación institucional y sectorial que dificultan los enfoques integrales y la coordinación.
4. Desplazar la protección social desde la lógica del trabajador formal a la lógica de vida de las personas que viven en núcleos que trabajan, tanto para el mercado como para su bienestar personal y familiar. Se busca el reconocimiento del aporte del trabajo no remunerado familiar a la economía y a la sociedad, y promover políticas de redistribución de ingresos y provisión de servicios para atender demandas insatisfechas.

5. Cambiar la lógica sectorial hacia «una lógica centrada en los ciclos de vida». Valorizar el rol de lo local y la posibilidad de trabajar desde la proximidad con todos los sectores sociales y no solamente en relación a los sectores excluidos. En el marco de procesos de descentralización, avanzar hacia el desarrollo de lo que Chiara Saraceno (2004) llama «una ciudadanía localmente específica».

En esa política deberían contemplarse los servicios de cuidado infantil para los niños más pequeños, los destinados a los adultos mayores y la atención de los enfermos dependientes, tratando de que el sistema se base en principios solidarios y universales, de modo que no segmente ni estigmatice a la población atendida.

6. Reconocer un papel importante a la institucionalidad de género (a nivel nacional y municipal) en cuanto a impulsar medidas y normas —de carácter integral e intersectorial— que impulsen la equidad social y de género en este campo, en la cual tienen que estar presentes distintas voces, tanto públicas como privadas, a fin de determinar los derechos y responsabilidades de las personas y de las distintas esferas institucionales.

Siendo un problema que afecta más a las mujeres que a los hombres, existen dificultades para que sea considerado como un tema relevante y de interés general, lo cual no es ajeno al hecho de que las mujeres tienen menos poder en los espacios en que se detenta la representación política.

Siendo las mujeres quienes contribuyen en forma desproporcionada al bienestar social a través de todos los servicios no remunerados, es justo que deban considerarse en los presupuestos aquellas partidas que más directamente afectan a las mujeres, como es el caso del cuidado de las personas dependientes (niños, mayores, enfermos, minusválidos). Además de estos argumentos basados en principios de equidad, deberían considerarse los efectos a largo plazo que tendría la política de corresponsabilidad en el plano demográfico y socioeconómico, mencionados anteriormente.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario (2008). «Las familias como proveedoras de servicios de cuidado» en *Género y Cohesión Social*, Judith Astelarra (coord.). Documento de Trabajo N.º 16. Fundación Carolina. Madrid.
- Aguirre, Rosario (2008). «El futuro del cuidado» en *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*, Irma Arriagada (editora). CEPAL, SIDA, UNIFEM, UNFPA. Santiago de Chile.
- Aguirre, Rosario (2007). «Los cuidados como problema público y objeto de políticas» en *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de*

- desencuentros*, Irma Arriagada (coord.). Libros de la CEPAL 96. Santiago de Chile.
- Aguirre, Rosario (2007). «Trabajar y tener niños. Insumos para repensar las responsabilidades familiares y sociales» en *Género, familias y trabajo. Rupturas y continuidades*, M. Alicia Gutiérrez (comp.). CLACSO. Buenos Aires.
- Aguirre, Rosario (2003). *Género, ciudadanía social y trabajo*. Resultados de investigación. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Montevideo.
- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003*. Universidad de la República-UNIFEM. Montevideo.
- Batthyány, Karina; Cabrera, Mariana; Scuro, Lucía (2007). *Perspectiva de Género. Informe Temático Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006*. UNFPA, UNDP, INE. Montevideo.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), División de Población de la CEPAL (2002). «Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores», *Boletín Informativo*, ed. especial. Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2000). *Panorama Social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005). *Panorama Social de América Latina 2004*. Santiago de Chile.
- Fassler, Clara (2008). *Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*. Serie Políticas Públicas. Red Género y Familia. Ediciones Trilce. Montevideo
- Izquierdo, María Jesús (2003). «Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia la política democrática del cuidado», Congreso Internacional *Cuidar cuesta. Costos y beneficios del cuidado*. SARE, 2003. Emakunde. Bilbao.
- Katzman, Ruben y Rodríguez, Federico (2007). *Situación de la Educación en Uruguay. Informe Temático. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006*. UNFPA, UNDP, INE. Montevideo.
- Pazos Morán, María (2008). *Economía e igualdad de género: retos de la Hacienda Pública en el siglo XXI*. Colección Estudios de Hacienda Pública. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Finanzas. Madrid.
- Sainsbury, Diane (2000). «Les droits sociaux des femmes et des hommes. Les dimensions de genre dans les états providence» en *Genre et politique. Debats et perspectives*. Folio Essais Gallimard. Francia.
- Saraceno, Chiara (1995). «A dependencia construída e a interdependencia negada. Estructuras de genero da cidadania» en *O Dilema de Cidadania*, Bonacchi y Groppi (org.). UNESP. Brasil.
- Saraceno, Chiara (2004). «¿Qué derechos y obligaciones, qué tipo de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma de género». Ponencia Congreso Internacional, *¿Hacia qué modelo de ciudadanía?». SARE. Emakunde. Bilbao.*
- Sorj, Bila; Fontes, Adriana; Carusi, Danielle (2007). «As políticas e as práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil». Texto presentado en el *Seminario Internacional Mercado de Trabajo y Género. Comparación Brasil-Francia*. 9-10 de abril, San Pablo.

El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate

*Karina Batthyány*¹⁸

Introducción

El artículo que se presenta a continuación se basa en los resultados del Proyecto I+D CSIC, Universidad de la República, finalizado en mayo de 2007. El objetivo general de este proyecto fue conocer las distintas modalidades que los hogares montevideanos desarrollan para atender el trabajo de cuidado de los adultos mayores, aproximándonos a las estrategias formales e informales que se llevan a cabo en los distintos hogares en función de su composición, nivel socioeconómico y concepciones en torno al tema del cuidado.

El proyecto se propuso, en primer lugar, caracterizar los hogares de Montevideo con adultos mayores de 65 años en términos de su composición, nivel socioeconómico, actividad económica de sus integrantes, responsabilidad de las tareas domésticas, estrategias de cuidado, etcétera. En segundo lugar se propuso analizar la cobertura y las modalidades de prestación de los servicios formales de cuidado para los adultos mayores en Montevideo por medio de una caracterización de la oferta de servicios disponibles, públicos y privados; y en tercer lugar analizar las estrategias que desarrollan los hogares montevideanos con adultos mayores para asumir el cuidado de los mismos.

Para investigar la temática propuesta fue necesario plantear un abordaje metodológico que articulara distintas dimensiones analíticas, a nivel micro y macro así como perspectivas cuantitativas y cualitativas. La estrategia de investigación que se desarrolló planteó una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos para abordar las distintas dimensiones planteadas. Dadas las características y la extensión de este artículo, se presentarán los aspectos más sustantivos de la caracterización de los hogares con adultos mayores y los principales hallazgos en términos de conclusiones generales del estudio.

18 Doctora en Sociología, profesora investigadora del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de la República) y Oficial de Programa del UNFPA.

Breve reseña conceptual

El proceso histórico a través del cual el Estado ha ido asumiendo responsabilidades sociales ha estado lleno de particularidades y presenta diferencias en las distintas sociedades. En nuestra región este proceso ha sido «incompleto» con relación a los países desarrollados y se ha profundizado con la crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales de las últimas décadas, que tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias.

Si bien gran parte de las necesidades de cuidado nunca fueron satisfechas por el Estado en nuestro país, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, produciéndose un verdadero déficit de cuidado al que, a las viejas necesidades de cuidados, se suman las nuevas necesidades de cuidado. En la vida privada el déficit de cuidado es más notorio en familias donde las madres trabajadoras —casadas o solteras— no reciben ayuda suficiente de sus parejas o familiares, constituyendo una fuente de tensiones importante en las familias, especialmente para las mujeres. En el ámbito público, el déficit de cuidados se ve —entre otros indicadores— en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos, de los impedidos.

Una cuantificación de las demandas de cuidados realizada anteriormente¹⁹ nos permite afirmar que Uruguay presenta una demanda de cuidados superior a la de la población disponible para satisfacer esa demanda. La demanda total de cuidados para la población uruguaya es en promedio 40% superior a la población proyectada para los años 2010 y 2020. Si analizamos las proyecciones de demanda de cuidados respecto a la población adulta, de 20 a 64 años bajo el supuesto de que es este sector de la población el que está habitualmente a cargo de cuidar al resto de la población (niños, ancianos, enfermos, etcétera) las demandas de cuidados son aun mayores, se ubican en el 250%, es decir que cada adulto deberá proporcionar en el futuro dos unidades y media de cuidados, o lo que es lo mismo, cuidar promedialmente a 2,5 personas.

En la situación actual en Uruguay, donde existe un déficit de cuidados importante, esta problemática no ha impactado aún con toda la

19 Una cuantificación de las demandas de cuidado para la sociedad uruguaya fue realizada en el marco de proyectos de investigación precedentes, siguiendo la metodología desarrollada en España por M. A. Durán. Para un detalle completo de estos estudios ver por ejemplo: Batthyány, Karina (julio 2001), «El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas» en Aguirre y Batthyány (comp.), *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*, AUGM-CINTERFOR-OIT-Universidad de la República, Montevideo.

fuerza que las cifras indican porque nuestro país tiene aún una generación de mujeres que amortiguan este impacto, es decir, mujeres de 60 y más años que no están incorporadas al mercado de trabajo remunerado (las amas de casa) y que de diversas formas responden a estas necesidades de cuidados insatisfechas. Pero, tomando en cuenta la tasa de participación laboral femenina, este efecto amortiguador desaparecerá en pocos años por lo que la problemática de la demanda de cuidados será un tema aún más grave.

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes. Estos cuidados se realizan en gran medida en el seno de las familias y en menor medida en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etcétera).

Algunas evidencias internacionales²⁰ nos muestran que el predominio en el protagonismo de los cuidados a las personas mayores dependientes no se encuentra en los servicios formales de atención sino en el llamado apoyo informal. El apoyo informal se refiere a los cuidados y atenciones que son proporcionados a quien los precisa por sus allegados, familiares, amigos, vecinos y se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación y no está necesariamente profesionalizado.

En nuestro continente, el 80% (OPS, 2004) de los cuidados de salud a familiares con enfermedades crónicas o invalidantes son realizados por las mujeres dentro del hogar. Se trata de un trabajo diario, exigente y agotador que se suma a las otras tareas profesionales y domésticas, pero que simplemente no es reconocido como tal. Sin embargo, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, junto a las modificaciones demográficas de envejecimiento de la población, hacen que el problema llegue a un límite alarmante que exige pensar el tema socialmente.

Es una fuerza de trabajo que —aunque no sea considerada como tal— paradójicamente sostiene la salud de miles de personas en todo el mundo. Se trata de un trabajo invisible que, al menos en la región, tendrá cada vez más demanda, porque se calcula que en poco más de una década habrá cien millones de adultos mayores en América Latina, necesitando de apoyo y asistencia para cuidar su salud. Para todo ello están las mujeres: madres, hijas y/o esposas. Convertido en una suerte de extensión del trabajo doméstico, el cuidado de salud en el hogar se malentende como «una tarea más» de la mujer.

Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que

20 Ver por ejemplo los estudios de María Ángeles Durán y de OPS.

no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse), administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Otros términos, con los que se suele aludir a la misma actividad de cuidado de los otros, son los cuidadores/as familiares (a diferencia de cuidadores profesionales externos) y los cuidadores principales (quienes asume la responsabilidad principal). Como tantas tareas que se realizan en el seno de los hogares (ámbito privado), es difícil cuantificar el alcance de esta actividad. La inmensa mayoría de estos cuidadores son mujeres, lo que por sí sólo justifica una denominación del colectivo en femenino «cuidadoras».

La conveniencia de un análisis con perspectiva de género no sólo se debe a la feminización de este colectivo sino a otros muchos aspectos como la propia naturaleza de la actividad como extensión del rol tradicional atribuido a las mujeres, las expectativas sociales y culturales sobre esta atención, las repercusiones del cuidado en la vida de las cuidadoras y la falta de reconocimiento y apoyo social a esta labor.

Puede encontrarse una serie de conceptualizaciones del «cuidado y las responsabilidades familiares» en la literatura más reciente sobre el tema sobre la que no nos extenderemos. Básicamente todas estas definiciones concuerdan en tratar a éste como uno de los temas sustantivos más directamente relacionados con el real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Podemos concebir el cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social.

En la atención a las personas mayores que, por distintas causas, precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes: la familia cuidadora o apoyo informal, el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales, y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa. En su nivel más general, el apoyo informal es el que se presta por familiares, amigos o vecinos. Estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, existir relación y afectividad en el cuidado y por no realizarse de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso.

A partir del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto tiene consecuencia en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), a las actividades personales, profesionales y de ocio, junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos al reducir el número de miem-

bros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada, así como genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y un aumento de los hogares con y de personas mayores. En este contexto, el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población adulta mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar que experimentan las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos de apoyo social informales entre los que destacan el papel de los vínculos familiares.

Algunas características de los adultos mayores y de sus hogares

El envejecimiento es creciente en el país: el Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina, asimilable a los países desarrollados. La mitad de la población tiene más de 31 años; el 13% tiene más de 65. Según las proyecciones demográficas a partir del año 2040 los mayores de 64 años pasarán a ser más que los menores de 15 (Paredes, 2008). Desde el presente hasta el 2025 la vida media de los uruguayos aumentará en cinco años y se duplicará la población de 80 años y más, compuesta en un 66% por mujeres (CEPAL, 2000).

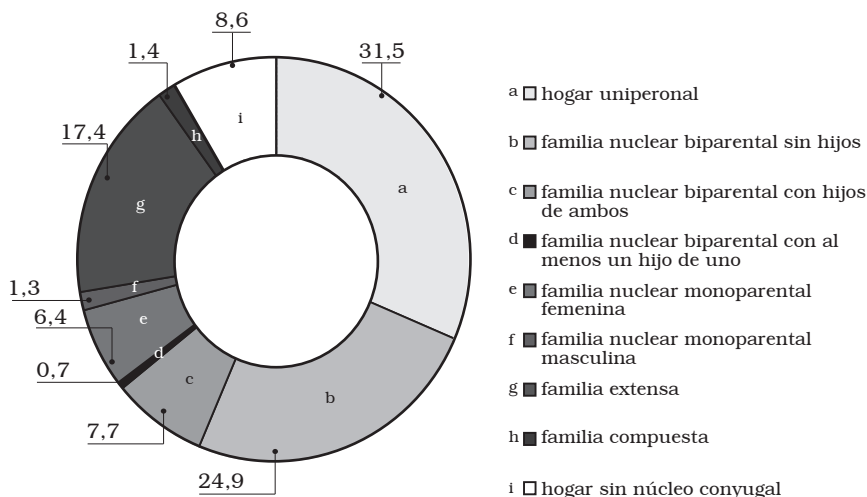
Numerosos estudios nacionales y regionales muestran que la vinculación entre el envejecimiento y las relaciones de género tiene una importante base demográfica. Las mujeres son la mayoría de las personas mayores y tienen una expectativa de vida superior a la de los hombres. Al respecto, los últimos datos disponibles para nuestro país muestran que el índice de feminidad es de 111,6 para la población de 50 a 64 años, 136,5 para la comprendida entre 65 y 79 años y 201,9 para la mayor de 80 años (INE, 2006).

Una de las consecuencias de tener una vida más larga es que la viudez es mucho más probable en las mujeres. De hecho, es el estado civil de prácticamente la mitad de las mujeres de más de 64 años, mientras que en los hombres del mismo intervalo de edad supone menos del 20%. Los hombres suelen acabar sus días junto a su cónyuge; las mujeres no.

Todo parece indicar que, a partir de la madurez, la compañía de familiares directos es más exigua para las mujeres que para los hombres. La evolución de la estructura de los hogares en Uruguay es bastante sintomática. A la vez que se reduce el número medio de personas en cada hogar, aumenta el peso de los hogares formados por parejas sin hijos, el de los monoparentales y el de los unipersonales.

La clasificación según tipo de hogar para los hogares con adultos mayores, de acuerdo a la encuesta de hogares 2006 (ENHA 2006), muestra que el 31,5% corresponde a hogares unipersonales; 25% a parejas sin hijos en el hogar, 8% a parejas con hijos de ambos, 17% a hogares extensos, y 6% a hogares monoparentales femeninos.

Gráfico1. Presencia de adultos mayores de 65 años según tipo de hogar



Fuente: Batthyány, Cabrera y Scuro (2007). Elaboración propia en base a ENHA – INE 2006.

En suma, dentro del universo de los hogares con adultos mayores se observa un predominio de los hogares «unipersonales», seguido por «parejas sin hijos» donde ambos cónyuges son adultos mayores y de hogares trigeracionales.

Percepción social de la responsabilidad del cuidado del adulto mayor

De acuerdo a una investigación publicada en 2005, las opiniones referidas a la protección y el cuidado de las personas mayores muestran que más de un 40% de la población atribuye al Estado un papel central (de manera exclusiva, principal o compartida con la familia). Cerca de uno de cada tres montevideanos se inclina por responsabilizar a las familias pero con la ayuda del Estado. A su vez, en el otro extremo se encuentra un 28% que le atribuye responsabilidad exclusiva a las familias en el cuidado de las personas mayores.

Cuadro 2. Protección y cuidado de personas mayores según sexo del/la encuestado/a

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

Fuente: «Uso del tiempo y trabajo no remunerado», Aguirre y Batthyány (2005), UNIFEM-Universidad de la República, Montevideo.

Algunas características de la oferta de servicios privados de compañía para los adultos mayores

La investigación referida al comienzo de este artículo realizó una caracterización de la oferta de servicios de cuidados a los adultos mayores desde el sector privado. Se trató de un estudio de carácter exploratorio, donde el universo de trabajo fueron los servicios privados que brindan cuidados en el hogar a los adultos mayores en la ciudad de Montevideo. Se presentarán a continuación dos datos relevantes de esta caracterización.

Estas empresas tenían al momento del relevamiento un total de 178.170 socios de los cuales el 67% son mayores de 65 años, lo que representa a su vez aproximadamente el 60% de las personas mayores de 65 años que viven en Montevideo. Se trata por tanto de un servicio masivo, dentro de un segmento de la población que potencialmente puede tener necesidad de requerir cuidados en centros asistenciales o en el hogar. De los socios mayores de 65 años la mayor parte son mujeres y la mayor parte tienen cobertura de salud a nivel mutual.

Cuadro 3. Cobertura de las empresas de compañía sobre el total de la población montevideana por edad. Año 2006.

Edad de socios	<i>Nº de socios</i>	<i>Individuos</i>	<i>Cobertura poblacional</i>
Menores de 64 años	59.047	1.127.669	5%
Mayores de 65 años	119.123	198.299	60%
<i>Total</i>	<i>178.170</i>	<i>1.325.968</i>	<i>13%</i>

Tal como puede observarse, las empresas en su gran mayoría emplean mano de obra femenina, mostrando una clara feminización de esta actividad.

Cuadro 3. Total de empleados según tipo de empresa

Sexo empleados	Total	Tamaño de la empresa		
		Pequeña	Mediana	Grande
	%	%	%	%
Mujeres	73	77	87	71
Hombres	27	23	13	29
<i>Número total de empleados</i>	<i>2.866</i>	<i>138</i>	<i>158</i>	<i>2.570</i>

La edad promedio de los empleados que realiza tareas de cuidado se ubica entre los 41 y los 50 años. El nivel educativo exigido por las empresas al personal que emplea tiende al ciclo básico, y sólo en algunas se exige formación específica del área de la salud.

Algunos hallazgos

Las entrevistas realizadas en esta investigación a mujeres y varones cuidadores de adultos mayores en los hogares, posibilitaron ver los dilemas del cuidado que reflejan tensiones sociales, las estrategias familiares que evidencian valores y comportamientos y la construcción social del cuidado designado como femenino y asignado a la mujer.

Claramente se observó que el mayor apoyo es prestado por los familiares femeninos de la familia. Los sistemas de creencias persisten y continúan influenciando las conductas a pesar de que las condiciones estructurales y sociales están cambiando, lo que acarrea problemas y dilemas para el cumplimiento de estas obligaciones.

De las necesidades que las personas mayores dependientes tienen, están las de tipo sanitario y las de cuidados personales. La organización de la protección social a la dependencia en los mayores está dividida entre los servicios formales y el apoyo informal. Los servicios formales responden a la dependencia entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. El resto de la protección a los dependientes mayores, lo que supone la mayor parte de los cuidados personales, es responsabilidad de la familia y en particular de la mujer, situación similar a la que se observa en otros países de la región y del mundo occidental.

El cuidado de los adultos mayores en el estudio realizado recae mayoritariamente en el denominado apoyo informal, recurso eufemístico para referirse a la familia. La solidaridad familiar sigue muy presente

en nuestra sociedad y la responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas con necesidad de cuidados, tanto dentro como fuera de la familia, sigue sus pautas más tradicionales. La mujer se ha incorporado al espacio público, se ha integrado en el ámbito laboral, político y social, con la particularidad de que el espacio de lo privado no ha dejado de serle propio. La atribución de roles en función del sexo parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados.

Como se mencionó, la familia (las mujeres de la familia) asiste y cuida a sus miembros en edad avanzada; este cuidado adquiere características diferenciales de acuerdo a la realidad sociodemográfica de la familia y las condiciones de ventaja o desventaja en las que el adulto mayor se encuentra.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, la designación como *cuidadora principal* entre los miembros de la familia atiende a razones que no se verbalizan de manera explícita pero resulta significativa la asociación que las cuidadoras establecen entre su designación como cuidadoras y otros rasgos como: el sexo (ser mujer) y el parentesco (ser hijas y/o esposas). En todos los casos, el cuidado de la persona mayor recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidades de contestación, y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados.

Las actividades y tareas están en función del grado de dependencia de la persona mayor atendida que, según sea más leve o severa, el cuidado tendrá más dificultades y exigencias. El rol de cuidadora supone una multiplicidad de actividades que van más allá del cuidado personal. Controlan su enfermedad, su medicación, aportan apoyo emocional, afectivo y social a la persona mayor y hacen frente a todas las situaciones que puedan producirse a lo largo del día.

Cuando se habla de motivos involucrados en el cuidado se debaten entre el *debe ser* normativo que obliga y determina formas, expectativas y sentimientos al cuidado; la *reciprocidad* y los lazos familiares de lealtad y el *amor* y cariño que sienten por la persona dependiente.

El cuidado realizado por la familia es raramente puesto en cuestión y se da por supuesta la eficiencia del realizado por las cuidadoras, mientras que el cuidado formal se percibe como inferior por el hecho de no contar con la relación afectiva. Los cuidados profesionales están constantemente revisados y sujetos a escrutinio, a diferencia del cuidado familiar que se toma como bueno per se, como si el afecto fuera suficiente para proporcionar la calidad de vida adecuada a la persona dependiente.

Ahora bien, los mecanismos y estrategias sobre el cuidado informal y los sistemas de apoyo e intercambio, nos permiten observar que el

adulto mayor no sólo es receptor sino también proveedor de diferentes tipos de ayuda, principalmente hacia sus hijos y en el cuidado de sus nietos, elemento que no relataremos en esta ocasión.

En lo que refiere al cuidado de los adultos mayores en el hogar, las entrevistas realizadas han aportado elementos interesantes que intentaremos sistematizar a los efectos de construir tipos de cuidado dentro de los hogares.

Estrategia 1. Solidaridad y altruismo: existencia de un cuidador principal

Una primera estrategia detectada se relaciona con la existencia de un cuidador principal, es decir una persona en el hogar que asume la tarea de cuidado del adulto mayor, generalmente se trata de una mujer, esposa o hija del adulto mayor en cuestión. En el marco de este cuidador principal se detectan a su vez varias categorías de cuidadores diferentes. En primer lugar, una situación de *cuidado recíproco* o de intercambio de cuidados entre cuidador y persona cuidada. Generalmente se trata aquí de hogares trigeracionales, donde los adultos mayores «abuelos» son cuidados por sus hijos pero a su vez colaboran en el cuidado de sus nietos. En segundo lugar, encontramos los «*cuidadores por naturaleza*», que asumen la tarea de cuidar a los adultos mayores como algo natural, vinculado a obligaciones de carácter moral o ético, a la esencia del ser femenino. Quienes se ubican en esta situación son mujeres.

Estrategia 2. Contratación de servicios: existencia de cuidado formal en el hogar

Una segunda estrategia se refiere a la existencia de un cuidado formalmente establecido, que atiende distintas necesidades de los adultos mayores: alimentación, atención de la salud, internaciones, recreación, etcétera. Encontramos dos situaciones diferenciadas en los hogares; una primera situación vinculada a la existencia de un *servicio de cuidado formal* establecido, generalmente referido a cuidados por episodios de salud, internaciones o cuidados en domicilio, vinculados a enfermedades. Estos servicios no atienden las necesidades cotidianas pero sí las excepcionales. La segunda situación refiere a la existencia en el hogar de *servicio doméstico contratado* para atender las necesidades cotidianas y permanentes de los adultos mayores. En ambos casos se trata mayoritariamente de trabajadoras femeninas.

Estrategia 3. Redes informales y familiares: existencia de cuidado informal externo al hogar

Una tercera estrategia a la que se recurre es el cuidado informal externo al hogar. Aquí se trata principalmente de apoyo al adulto mayor por parte de vecinos, amigos, familiares no residentes. Esta estrategia

se caracteriza por apoyo no estructurado para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores, pago de cuentas, realización de compras, visitas y recreación, etcétera.

Estrategia 4: Autocuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares

Una cuarta estrategia relevada en el estudio es el autocuidado del adulto mayor y el apoyo por parte de las redes de pares.

Finalmente, encontramos situaciones de adultos mayores que integran hogares unipersonales y son independientes y manifiestan no tener necesidad de cuidados. No se perciben a sí mismos como sujetos de cuidado.

Las estrategias descritas de carácter exploratorio requieren en el futuro de investigación de corte cuantitativo, como por ejemplo encuestas representativas de la población adulta mayor, que permitan dimensionar el volumen de población involucrada en cada caso, dimensionar los programas y calcular los costos de las políticas a implementar.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005). «Uso del tiempo y trabajo no remunerado». UNIFEM-Universidad de la República. Montevideo.
- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2004). «El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género». Universidad de la República, UNICEF. Montevideo.
- Almérás, Diane (1997). «Compartir las responsabilidades familiares, una tarea para el desarrollo». CEPAL, Documento de referencia Núm. 6. Chile.
- Batthyány, Karina (julio, 2001). «El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas» en *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*, Aguirre y Batthyány (comp.). AUGM-CINTERFOR-OIT-Universidad de la República. Montevideo.
- Batthyány, Karina (2004). *Trabajo y cuidado infantil: ¿un desafío exclusivamente femenino?* CINTERFOR-OIT. Montevideo.
- Berriell, Fernando y Pérez, Roberto (1998). «Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social» en *Revista Universitaria de Psicología*, Segunda época, N.º1. Montevideo.
- Casado, David y López, Guillem (2001). «Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro». *Colección estudios sociales* Núm. 6, Fundación la Caixa. Barcelona.
- CEPAL/CELADE (2003). «La situación de las personas mayores». Documento de Referencia de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, 19 a 21 de noviembre. Santiago de Chile.
- Damonte, Ana María (2001). «Cómo envejecen los uruguayos». CEPAL. Montevideo.

- Durán, María Ángeles (2000). «Uso del tiempo y trabajo no remunerado». *Revista de Ciencias Sociales*, Número monográfico: Desigualdades sociales de género. FCU. Montevideo.
- Durán, María Ángeles (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBV. Madrid.
- Fraser, Nancy (1997). «Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición de postsocialista». Siglo del Hombre Editores, Biblioteca Universitaria. Bogotá.
- Guzmán, José Miguel; Huenchuan, Sandra y Montes de Oca, Verónica (2003) «Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual», *Revista Notas de Población* Núm. 77, CELADE-División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile.
- Huenchuan, Sandra (2005). «Políticas de vejez en América latina: elementos para su análisis y tendencias generales», *Revista Notas de Población* Núm. 78, CELADE-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.
- IMERSO (2005). «Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Knijn, Trudi y Kremer, Monique (1996). «Towards inclusive citizenship: gender and the caring dimension of Welfare States» en *Engendering citizenship and care*. Seminar 1 of the EC Programme «Gender and Citizenship». Holanda.
- Murillo, Soledad (1996). *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI. Madrid.
- Palloni, Alberto; De Vos, Susan y Peláez, Martha (2002). «Aging in Latin America and the Caribbean», Working paper, N° 99-02, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin. Madison, Wisconsin.
- Robles, Leticia (2003). «¿Quiénes cuidan a los ancianos?: una cuestión de mujeres, no de familia». Ponencia presentada en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de julio. Santiago de Chile.
- Saad, Paulo (2003). «Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Estudio comparativo de encuestas». *Revista Notas de Población* Núm. 77, CELADE-División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile.
- Scott, Anne y Wenger, G. Clare (1996). «Género y redes de apoyo social en la vejez», en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Arber, Sara y Jay Ginn. Narcea. Madrid.

La institucionalidad para los cuidados en Uruguay y su cobertura

Soledad Salvador²¹

Introducción

Cuando hablamos de la institucionalidad para los cuidados ¿en qué estamos pensando?

Estamos pensando en el conjunto de acciones que realiza el Estado y que contribuirían a resolver el cuidado de las personas y del hogar que básicamente realizan las mujeres. Como los cuidados requieren de «*tiempo, dinero y/o servicios*», cuando hablamos de las acciones estamos haciendo referencia a la oferta de servicios que brinda o regula el Estado, a las prestaciones monetarias que contribuyen con los ingresos de los hogares para la contratación de servicios en caso de que haya que remunerarlos y al tiempo que se le brinda a las familias para hacerse cargo de los cuidados (ejemplo: las licencias).

Lo más urgente es revertir la división sexual del trabajo que ha llevado a que las mujeres destinen la mayor parte de su tiempo a realizar los cuidados, con pocas alternativas de redistribución a su alcance (dentro de las familias y con otras instituciones como el Estado), con un bajo reconocimiento social y sin ninguna contrapartida que les permita sobrellevar mejor la tarea y llegar a una vejez digna.

La forma en que se organiza la provisión de cuidados en una sociedad está determinada en gran medida por el tipo de régimen de bienestar que se ha impuesto. En los países de América Latina estos regímenes son de corte «*familista*»,²² con lo cual la carga del cuidado recae en las mujeres, dentro de las familias y de los hogares. Ciertamente hay una parte de ese cuidado que es autónoma (de las familias) y no se delega; es aquella que tiene que ver con los afectos, la transmisión de valores, la organización del cuidado en el hogar, etcétera. Pero, por otra parte, hay una serie de servicios que se pueden transferir al Estado, al

21 Economista investigadora del Área Género y Desarrollo del Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay (CIEDUR) y miembro de la Red Internacional de Género y Comercio.

22 En el régimen familista la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. Las intervenciones públicas tienen un carácter subsidiario. Cuando las mujeres trabajan en forma remunerada desarrollan distintas estrategias para articular trabajo y familia.

mercado y a la comunidad, lo que de hecho se ha estado haciendo en la medida en que los hogares pasan de enviar a sus niños a la escuela pública con jornada de medio horario, a enviarlos a colegios privados con jornada completa; o de cuidarlos en el hogar hasta los 3 o 4 años, a mandarlos al jardín, a la guardería o recurrir a la contratación de una cuidadora en el hogar; lo mismo para el cuidado de ancianos o enfermos a través de servicios de compañía y hogares de ancianos. Por su parte, las tareas del servicio doméstico (cocinar, limpiar, planchar, etcétera) que permiten el mantenimiento físico y cotidiano del hogar se resuelve, en una amplia proporción de hogares de estratos medios-altos y altos de ingresos de la región, a través de la contratación privada de estos servicios (Rodríguez Enríquez, 2005).

Pero, en general, estos servicios que buscan contribuir con el cuidado del hogar y de las personas dependientes (donde se ubican los niños, los ancianos, las personas con discapacidad y también los/as trabajadores/as sobreocupados) tienen un desarrollo muy limitado y condicionan su acceso a un grupo reducido de la población que tiene cierta capacidad de compra.

El Estado, por su parte, ha tendido a focalizar la provisión de servicios y prestaciones monetarias a los grupos más vulnerables de la población. Ello ha llevado a que, en gran medida, las mujeres dentro de los hogares y las familias hayan tenido que seguir resolviendo esas necesidades más allá de los cambios en la estructura de los hogares, su inserción laboral y el envejecimiento de la población. Ello ha derivado en una mayor desigualdad social por las distintas oportunidades y condiciones de inserción laboral de hombres y mujeres, una mayor carga de trabajo (porque se suma al trabajo no remunerado el trabajo extra-hogar) y una caída en la tasa de fecundidad de las mujeres con una inserción laboral más estable (Cabella, 2007).

En todo régimen de bienestar, el rol que asuma el Estado determina la carga de cuidados que se delega a la familia, el voluntariado y/o el mercado. Por ello, el Estado es y tiene que ser un actor relevante en la distribución de roles y responsabilidades de cuidados. Ello determinará el grado de desfamiliarización y/o desmercantilización del sistema de cuidados y, por lo tanto, el grado de autonomía de las familias y de las personas.²³

23 En un régimen desfamiliarizador hay una derivación del cuidado hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. Ello depende del peso que tengan los servicios del Estado y de la extensión de los servicios de mercado y el involucramiento de las familias y las redes informales. La desmercantilización está asociada al grado en que el Estado garantiza los derechos económicos y sociales a las personas por fuera de los mecanismos del mercado (trabajo remunerado y acceso a servicios del sector privado).

A su vez, todo este complejo sistema de resolución de los cuidados se da en el contexto de un mercado laboral que les exige a las personas ocuparse cada vez menos de los cuidados propios y de las demás personas de la familia y del hogar. La norma del «trabajador ideal» consiste en la estructuración de la organización del trabajo, de forma tal que posibilite a las unidades de producción la demanda de fuerza de trabajo que pueda emplearse a tiempo completo, asumir horas de trabajo en exceso a la jornada habitual y aceptar movilidad geográfica. Esta norma requiere que los trabajadores que la conforman cuenten con un flujo disponible de trabajo doméstico que les permita no sólo tener atendidas sus propias necesidades, sino, además, verse exentos de asumir responsabilidades en la atención de las necesidades de los otros con quienes convive (Rodríguez Enríquez, 2005).

Por otra parte, quienes trabajan en forma remunerada en los servicios de cuidados reciben muy bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo. Ello se considera que puede ser producto de la histórica «invisibilización» de esa tarea y la «naturalización» de las cualidades femeninas para realizarla. A su vez, hay un factor estrictamente económico que es que las actividades de cuidados conllevan una intensiva interacción humana. Ello significa que no es posible mejorar su productividad o reducir costos que no sea por medio de la intensidad en el uso de la mano de obra (trabajar más horas por el mismo sueldo o pagarles un mal sueldo). En definitiva, la intervención del Estado por medio de la regulación, o el subsidio de esas tareas, sería sustancial para garantizar condiciones de trabajo y de ingresos. Al respecto, Folbre (2006) plantea dos preguntas interesantes: ¿A las trabajadoras del cuidado se les paga menos porque son mujeres o simplemente el cuidado se paga menos en una economía de mercado? ¿Será que las desigualdades de género simplemente serán reemplazadas por la desigualdad entre aquellos que asumen responsabilidades en el cuidado y los que no?

La institucionalidad para los cuidados

La oferta de servicios, de prestaciones monetarias y la legislación laboral que permite articular la vida familiar con el empleo determinan las alternativas disponibles para cada grupo poblacional.

Interesa en este análisis, además de conocer la oferta institucional, tener en cuenta cuáles son las vías de acceso a los servicios o beneficios ya que ello está determinando las diversas configuraciones en la resolución de los cuidados.

1. Oferta y cobertura de los servicios de cuidado

1.1. Los servicios de educación y cuidado infantil

Los servicios de cuidado infantil, teóricamente, se componen de la atención a niños/as de 0 a 5 años durante la jornada laboral típica de los adultos y de acceso para todos los hogares (tengan trabajo o no).

Lo que sabemos es que dado el régimen «familista» de bienestar o de provisión de servicios de cuidados estos servicios no han sido pensados con esta lógica y cada vez más las abuelas y abuelos (u otro familiar) reemplazan a las madres en la provisión de este cuidado en el hogar. También hay un gran desarrollo de servicios informales de cuidados como son las cuidadoras remuneradas (tanto las que se contratan como cuidadoras de niños/as o el típico servicio doméstico que además realiza cuidado de los/as niños/as).

El cuidado infantil, tanto a nivel del Estado como del mercado, es brindado por el sistema de educación formal (o sea, en las escuelas y colegios privados) y por servicios que se encuentran fuera de dicha institucionalidad (plan CAIF, jardines privados, guarderías).

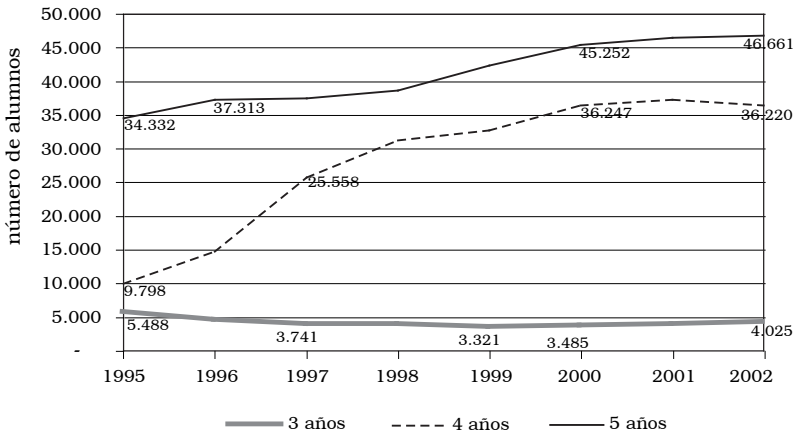
La Dirección de Educación del MEC del actual gobierno, distingue cinco niveles educativos (anteriormente se hablaba de cuatro niveles), agregando un nivel previo al de Educación Inicial (que comprende a los niños de 3 a 5 años) llamado «Educación en la primera infancia» que va de 0 a 36 meses de edad (2 años y 11 meses). En los mismos anuarios se aclara que en la práctica estos rangos de edad son bastante teóricos ya que los servicios de educación inicial cubren básicamente a niños/as de 4 y 5 años y muy marginalmente a los menores de 4 años y los servicios para 0 a 36 meses cubren en un 50% a niños de 3 años y algo de 4 y 5 por lo cual la cobertura para los menores de 3 años es casi inexistente.

Evolución de la matrícula pública y privada de la educación inicial

La reforma educativa de 1995 apuntó a la universalización y obligatoriedad de los niveles de 4 y 5 años. El primer paso fue avanzar en la universalización de los 5 años con lo cual se logró el 100% de cobertura en dicho nivel y se instaló la obligatoriedad en el año 2003. Luego se procuró avanzar en la universalización del nivel de 4 años y dicho avance se estancó en una cobertura del 80%. El actual gobierno dictaminará la obligatoriedad a partir del 2009.²⁴ Actualmente, la ANEP se propone avanzar en la incorporación de los/as niños/as de 3 años (ANEP, 2008).

24 Según estimaciones recientes, aún permanecen fuera del sistema público alrededor de seis mil niños de 4 años, contingente que se reitera cada año (ANEP-CODICEN, 2007).

Gráfico 2. Evolución de la matrícula en educación inicial pública, según nivel



Fuente: Ministerio de Educación y Cultura, Dirección de Educación.

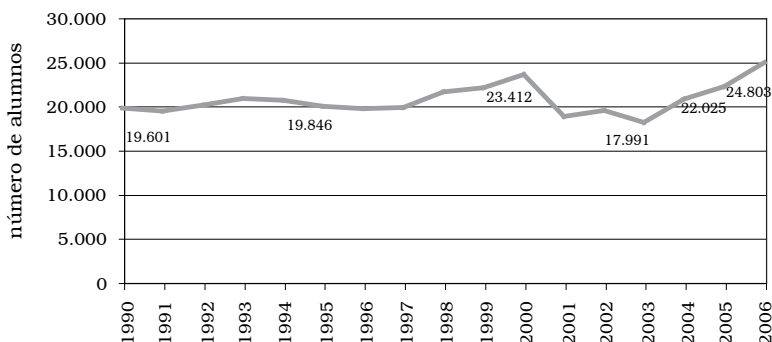
Es claro que el propósito de extensión de la cobertura en la educación inicial ha estado motivado por la mejora en los niveles de rendimiento escolar, dado el fracaso que se evidenciaba en el primer año.

A pesar del incremento en la matrícula, ANEP (2005) afirma que los estándares de calidad no se han visto perjudicados. Si bien, entre 1995 y 2001, se produce un incremento marginal del tamaño promedio del grupo de educación inicial, éste se mantiene en el entorno de los treinta niños por grupo. También señala que más allá del débil impulso público, a lo largo de la década mejora la cobertura en los niños de 3 años en los estratos más pobres. De todas formas, los importantes logros en términos de matriculación y cobertura, se moderan a la hora de considerar la asiduidad de la asistencia.

La expansión de la cobertura elevó el gasto público destinado a la ANEP tanto en términos absolutos como en relación al PIB. Entre 1995 y 2002, el gasto real medido en dólares del año 2002 pasa de aproximadamente 221 millones a más de 325 millones de dólares, y el porcentaje del PIB destinado a ANEP aumenta de 1,85% a 2,75% en el mismo periodo (ANEP, 2005).

Por su parte, la matrícula en educación inicial de los jardines y jardinerías de los colegios privados tuvo un leve incremento hacia el año 2001 y luego sufre una caída durante el período de crisis económica 2001-2003, registrándose una fuerte recuperación en los años siguientes.

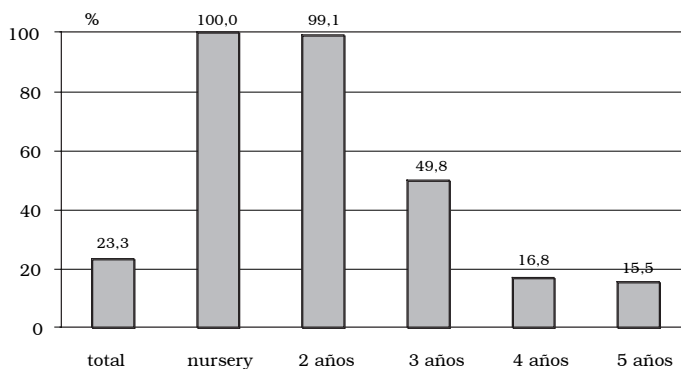
Gráfico 3. Evolución de la matrícula en la educación inicial privada



Fuente: Ministerio de Educación y Cultura, Dirección de Educación.

Dicha oferta privada capta el 23% del total de la matrícula de educación inicial, siendo la única oferta disponible para los/as niños/as de 0 a 2 años y el 50% de la matrícula de 3 años. Esas proporciones se reducen sustancialmente para 4 años alcanzando al 17% de los/as niños y niñas matriculados en educación inicial y el 15,5 de los/as niños/as de 5 años. En Montevideo, la oferta privada de educación inicial cubre un 38,4% y, en el Interior, un 14,3%.

Gráfico 4. Proporción de los alumnos matriculados en educación inicial privada sobre el total, según edad. Año 2006



Fuente: DEE, Consejo de Educación Primaria.

Cuadro 4. Número de alumnos en educación inicial pública y privada, según edad. Año 2006

	Total	Nursery	2 años	3 años	4 años	5 años
Privada	24.803	1.207	3.677	5.273	6.815	7.831
Pública	81.833	---	34	5.317	33.699	42.783
Total	106.636	1.207	3.711	10.590	40.514	50.614

Fuente: DEE, Consejo de Educación Primaria.

Los servicios de cuidado para la primera infancia

Los servicios para los más pequeños se han extendido a través de las guarderías, los jardines de infantes privados y los centros de atención a la infancia carenciada del plan CAIF y otros programas de cuidado infantil como el de la IMM (Programa Nuestros Niños). Es un hecho que con la expansión de la cobertura para los/as niños/as de 4 y 5 años tanto los programas públicos como las instituciones privadas tienden a reorientar sus servicios a los menores de 4 años.

Todos estos centros están regulados por la ley 16.802 de 1996 que establece que deben registrarse en el Ministerio de Educación y Cultura y quedar sometidos al control y fiscalización de una Comisión Honoraria que actúa en dicho organismo.²⁵ Esta Comisión está integrada por cinco miembros: el Director de educación del MEC (presidente), un representante de ANEP, un representante de las guarderías privadas registradas, un representante del INAU y un médico pediatra del MSP.

En el año 2007 se realizó un censo nacional de centros de educación en la primera infancia, constatando que sólo el 75% de los centros estaban registrados. El total de centros bajo la supervisión del MEC es de 674. En ese total se incluyen centros que pertenecen a programas públicos que gestiona el sector privado, como son el Plan CAIF y el «Programa Nuestros Niños» de la Intendencia Municipal de Montevideo; y centros públicos y privados (dentro de los cuales se incluyen las guarderías sindicales, de empresas públicas y de organismos del Estado).

25 En la ley se define a las guarderías privadas como «toda institución cuyo fin principal sea la guarda, cuidado, educación preescolar, estimulación temprana o similar, de niños de 0 a 6 años que asistan durante un período no inferior a las 12 horas semanales y que no dependan orgánicamente de la ANEP o del INAME (actualmente el INAU)».

Cuadro 5. Instituciones de educación inicial privada reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura, por modelo de atención. Año 2007

		<i>Modelo de atención</i>			
	<i>Total</i>	<i>Centros del Plan CAIF</i>	<i>Centros del Proyecto Nuestros Niños</i>	<i>Centros privados</i>	<i>Centros públicos</i>
Total	674	213	15	432	24
Montevideo	288	47	15	226	10
Interior	386	166	---	206	14

Fuente: Ministerio de Educación y Cultura. Censo Nacional 2007 de Centros de Educación en la Primera Infancia. Para centros CAIF: SIPI, INAU.

CAIF: Centros de Atención a la Infancia y a la Familia.

Proyecto Nuestros Niños: Programa de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Centros Públicos: Son aquellos cuya gestión (por ejemplo contratación de personal) está a cargo de entidades públicas (por ejemplo intendencias municipales).

La mayor parte la comprenden los centros CAIF y los centros privados. Los centros privados se concentran mayormente en Montevideo y los centros CAIF en el Interior del país.

Estos centros abarcan a 37.416 niños/as, en general de edades entre 1 y 4 años, concentrándose principalmente entre los 2 y 3 años de edad. Ello se verifica tanto en Montevideo como en el Interior del país.

Cuadro 6. Niños atendidos en instituciones de educación inicial privada reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura, por edad según Montevideo e Interior. Año 2007

		<i>Edad</i>					
	<i>Total</i>	0 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años y más
Total	37.416	1.460	4.951	11.629	13.825	4.376	1.175
Montevideo	15.889	719	2.121	4.645	5.383	2.325	696
Interior	21.527	741	2.830	6.984	8.442	2.051	479

Fuente: Ministerio de Educación y Cultura. Censo Nacional 2007 de Centros de Educación en la Primera Infancia. Para centros CAIF, SIPI, INAU.

Cuadro 7. Niños atendidos en instituciones de educación inicial privada reguladas por el Ministerio de Educación y Cultura, por edad según tipo de centro. Año 2007

	<i>Edad</i>						
	<i>Total</i>	<i>0 a 11 meses</i>	<i>1 año</i>	<i>2 años</i>	<i>3 años</i>	<i>4 años</i>	<i>5 años y más</i>
Total	37.416	1.460	4.951	11.629	13.825	4.376	1.175
Centros censados	19.674	664	2.605	5.737	6.395	3.131	1.142
CAIF (diaria)	17.742	796	2.346	5.892	7.430	1.245	33

Fuente: Elaboración propia en base a la información del Censo Nacional 2007 de Centros de Educación en la Primera Infancia, Ministerio de Educación y Cultura.

Nota: los centros censados incluyen los centros privados, los centros públicos (gestionados por organismos públicos) y los centros del Proyecto Nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Respecto a los centros privados, Batthyány (2004) informaba que en su gran mayoría se desarrollan en la década de los noventa, acompañando la mayor inserción laboral de las mujeres, y que según la información disponible para el año 2000 respecto a la capital del país, estos centros se concentran en zonas con bajos niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En general, es probable que la oferta se diversifique en los barrios con mayor poder adquisitivo y mayor demanda por estos servicios. Si no existen subsidios a la oferta de estos servicios también la calidad de la oferta estará en relación al poder adquisitivo de quienes lo puedan demandar.

Según el censo 2007, el 83% de los niños que asisten a los centros censados lo hacen durante 4 horas o más. Esta situación es idéntica para aquellos de menos de 3 años como los de 3 y más. Según la información de Batthyány (2004) para el año 2000 el 64% de los/as niños/as concurría durante 4 horas o más. Lo que evidenciaba su información según los niveles de NBI de los barrios es que cuando los niveles eran más altos se verificaba un mayor número de horas de permanencia de los niños en los centros de atención. Mientras en barrios con NBI menores al 20%, el 39% de los centros asistía a los niños entre 2 y 4 horas. Planteaba que ello podía responder a que los niños pertenecientes a hogares de menores recursos asisten a estas guarderías como una solución única de cuidados mientras los adultos trabajan. Los niños de hogares de mayores recursos permanecen menos tiempo en los centros de atención seguramente debido a la combinación de formas de cuidados. Por lo tanto, concluye, que en estos casos la concurrencia al centro educativo tendría, ante todo, un propósito formativo, de estimulación temprana, más que de solución concreta de las necesidades de trabajo de los adultos.

Los centros del Plan CAIF se originan en 1988 a través de un convenio de cooperación con UNICEF con el objetivo de poner en funcionamiento un programa de atención integral de preescolares por la vía de la implementación de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF). Actualmente, en el marco del Plan de Equidad que se puso en marcha en enero de 2008 se busca mejorar la calidad de los servicios e incrementar la cobertura haciendo que todos los centros CAIF cuenten con atención de los/as niños/as desde el nacimiento hasta los 3 años y 11 meses.

Los centros se ubican en barrios de prevalencia de pobreza. Hay centros de atención diaria y semanal. En la modalidad diaria dos tercios son niños/as de 2 y 3 años de edad donde se brinda el programa de educación inicial en turnos de 4 u 8 horas. El propósito del Plan de Equidad es abarcar a 52.000 niños/as hacia el año 2009 y tender a focalizar progresivamente la modalidad de atención semanal en los/as niños/as de 0 y 1 años y la modalidad diaria en los/as niños/as de 2 y 3 años de edad.

Cuadro 8. Cobertura actual del Plan CAIF según edad.
Número de niños/as. Agosto 2006

<i>Edad</i>	<i>Modalidad diaria</i>	<i>Modalidad semanal</i>
0 año	774	1.782
1 año	2.296	3.320
2 años	5.331	3.516
3 años	7.562	3.236
4 años	3.317	1.226
5 años	234	74
Total	19.514	13.154

Fuente: Cerruti, A. (2006) en base al Sistema de Información para la Infancia (SIPI).

Hay otros programas como el de la Intendencia Municipal de Montevideo «Proyecto Nuestros Niños» que brinda atención integral a la primera infancia (de los 6 meses a los 3 años de edad). La atención se realiza a través de dieciocho centros de Educación Inicial y catorce centros en la modalidad de becas.²⁶

Según los datos de Batthyány (2004) para el año 2000, de los dieciocho centros, ocho funcionan en un régimen de 8 horas diarias y diez en dos turnos de 4 horas. El total de niños cubiertos era de mil cuatrocientos

26 El sistema se apoya en la gestión con comisiones vecinales locales, que junto a técnicos de la IMM ponen en funcionamiento Centros Comunitarios de Educación Inicial. También se transfieren recursos para niños/as en instituciones de educación inicial de carácter gremial y cooperativas sin fines de lucro.

tos aproximadamente, y por un sistema de becas con otras guarderías (quince instituciones ubicadas mayoritariamente en zonas marginales) se colaboraba con aproximadamente trecientos niños/as más.

En síntesis

La cobertura institucional de los/as niños/as de 0 a 5 años de edad es creciente con la edad y ello se corresponde con la cobertura del sistema de enseñanza formal. En el nivel de 5 años alcanza al 100% y a medida que se descende en la edad la enseñanza pública es menos significativa llegando a desaparecer por debajo de los 3 años.

Para los niños de 3 años la enseñanza no formal es más relevante pero en conjunto (formal y no formal) cubren apenas la mitad de la población. Para las edades de 0 a 2 años la cobertura total es alrededor de 16% (31,7% en los 2 años y 7,8% en los menores) y los colegios y centros privados brindan la mayor cobertura (en torno al 60% al sumar la enseñanza privada formal y los centros censados por el MEC).

Cuadro 9. Cobertura de la población de 0 a 5 años de edad según enseñanza formal o no formal y edad. Años 2006-2007

	0 a 1 año		2 años		3 años		4 años		5 años y más	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Enseñanza formal										
Pública	0	0,0	34	0,2	5.317	21,8	33.699	75,1	42.783	82,6
Privada	1.207	15,8	3.677	24,0	5.273	21,6	6.815	15,2	7.831	15,1
Enseñanza no formal										
Centros censados*	3.269	42,9	5.737	37,4	6.395	26,2	3.131	7,0	1.142	2,2
CAIF (diaria)	3.142	41,2	5.892	38,4	7.430	30,4	1.245	2,8	33	0,1
Total	7.618	100,0	15.340	100,0	24.415	100,0	44.890	100,0	51.789	100,0
Población total	97.114		48.342		48.886		50.039		51.454	
Cobertura (%)	7,8		31,7		49,9		89,7		100,7	

Fuente: Elaboración propia en base a la información del MEC (Estadísticas Educativas) e INE (Proyecciones de Población).

* El 92% son centros privados y el resto son centros que brindan servicios a través de programas municipales (IMM y otras).

Nota: La enseñanza formal son los servicios de educación inicial que se brindan en escuelas públicas y colegios privados que se encuentran bajo la supervisión de ANEP. La enseñanza no formal son los servicios para la primera infancia bajo la órbita del MEC.

A pesar de que la cobertura geográfica del Interior del país de la Encuesta de Gastos e Ingresos 1994-1995 es muy reducida, una comparación de sus resultados con los datos del Ministerio de Educación y Cultura muestra que en el período pos-reforma educativa (entre 1994-

1995 y 2006-2007), la cobertura de los 4 y 5 años de edad se amplía fuertemente mientras el avance en las edades más bajas es mucho más reducido.

Cuadro 10. Cobertura de los servicios de enseñanza y cuidado infantil con modalidad diaria. Años 1994-1995 y 2006-2007

<i>Edades</i>	<i>Cobertura (%)</i>	
	EGI 94-95	MEC 2006
0-2 años	9,0	15,7
3 años	40,8	48,7
4 años	54,3	87,2
5 años	79,9	98,0
Total (0-5)	34,1	48,0

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Encuesta de Gastos e Ingresos 1994-1995 y los datos del MEC (Estadísticas Educativas).

El incremento en la cobertura por el esfuerzo de la educación pública redujo las diferencias entre el primer y el último quintil de ingresos. Pero estas diferencias se amplían en las edades más bajas, donde la oferta es principalmente privada. La mayor cobertura también redujo las diferencias entre Montevideo y el Interior urbano, donde generalmente se registran las menores tasas de asistencia a los centros de educación inicial.

¿En qué hogares viven estos/as niños/as?

Para el conjunto de la población, entre 1990 y 2005, se reduce la proporción de hogares biparentales con hijos/as (de 39% a 32,5%) y se eleva el porcentaje de hogares monoparentales con jefa mujer (de 7,2% a 10,6%).

En el caso de los hogares con niños/as de 0 a 5 años de edad, se ha reducido su participación en los hogares biparentales y se ha incrementado en los hogares monoparentales. De todas formas, 59% viven en el año 2005 en hogares biparentales, 29% en hogares extensos y 8% en hogares monoparentales.

Cuadro 11. Distribución de los hogares con niños/as de 0 a 5 años de edad, según tipo de hogar

	<i>Nucl. bip. c/hijos</i>	<i>Nucl. monop.</i>	<i>Exten.</i>	<i>Comp.</i>	<i>S/núcleo</i>	<i>Total</i>
1990	65,6	4,0	27,2	2,1	1,1	100,0
1995	63,1	3,9	29,7	1,9	1,3	100,0
2000	62,2	5,0	28,3	3,1	1,5	100,0
2005	59,0	8,2	28,7	2,3	1,8	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de ECH, INE.

El aumento de la actividad extra hogar de las mujeres ha demostrado un mayor uso de los servicios de cuidado infantil. Entre 1990 y 2005, la actividad laboral de las cónyuges²⁷ de hogares biparentales con niños/as de 0-5 años se incrementa tanto por el aumento del porcentaje de ocupadas (de 48,5% a 53,4%) como de las que buscan trabajo (de 6% a 11%).

Cuadro 12. Actividad laboral de las cónyuges de los hogares biparentales con niños/as de 0 a 5 años de edad. En porcentajes

	1990	1995	2000	2005
Ocupada	48,5	51,9	51,9	53,4
Desocupada	6,1	8,1	11,1	11,2
Inactiva	45,4	39,9	36,9	35,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de ECH, INE.

Nota: Las inactivas declaran ser en casi su totalidad «amas de casa».

Si se considera esa proporción en función del quintil de ingresos del hogar se observa que en los hogares con ingresos más elevados la proporción de cónyuges que trabajan es mucho mayor (llegando a niveles cercanos al 90% en el quinto quintil). Mientras, en los hogares del primer quintil de ingresos, las cónyuges con niños/as de 0 a 5 años son principalmente inactivas y amas de casa. Las que trabajan son sólo un 30% y su proporción casi no varía en el período (1990-2005). Pero se eleva la proporción de cónyuges que buscan trabajo (desocupadas) de 7,4% a 16,6%.

Cuadro 13. Actividad laboral de las cónyuges de los hogares biparentales con niños/as de 0 a 5 años de edad según quintil de ingresos del hogar. En porcentajes

1 9 9 0					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Ocupada	30,7	43,7	61,9	78,1	69,9
Desocupada	7,4	7,2	4,8	4,2	3,2
Inactivas	61,9	49,1	33,3	17,7	26,9
Total	100	100	100	100	100
2 0 0 5					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Ocupada	33,6	57,8	75,2	83,1	87,4
Desocupada	16,6	8,0	6,5	5,2	2,2
Inactivas	49,8	34,1	18,3	11,7	10,4
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de ECH, INE.

Nota: Las inactivas declaran ser en casi su totalidad «amas de casa».

27 En casi la totalidad de los hogares biparentales los jefes de hogar son hombres.

Interesa resaltar que ya en el segundo quintil de ingresos, cerca de 60% de dichas cónyuges están ocupadas, y ese porcentaje se eleva a 75% en el tercer quintil. Ello, a su vez, se contrasta con el hecho de que más de la mitad de los/as niños/as de las cónyuges ocupadas del segundo quintil de ingresos no asisten a centro educativo y el 25% de los/as niños/as de las cónyuges ocupadas del tercer quintil de ingresos asisten a centros privados. Ello podría estar evidenciando las diferencias de acceso a los servicios de cuidado infantil públicos y privados en función del nivel de ingresos de sus hogares.

Cuadro 14. Distribución por quintil de ingresos del hogar de la cobertura de los centros de educación inicial según sector público y privado, en hogares biparentales cuando la cónyuge trabaja. En porcentajes

1990						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
No asiste	63,0	55,7	47,6	36,0	42,0	49,9
Privado	9,2	14,9	27,1	40,2	48,3	25,8
Público	27,8	29,4	25,3	23,8	9,8	24,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2005						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
No asiste	50,5	53,0	43,6	50,3	37,8	48,4
Privado	2,8	9,3	25,4	31,6	55,1	19,4
Público	46,7	37,7	31,0	18,1	7,1	32,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de ECH, INE.

En dos tercios de los hogares monoparentales con niños/as de 0 a 5 años de edad quien se hace cargo del hogar (generalmente una mujer) se encuentra ocupada. En 1990, en el 60,9% de los hogares con jefa que trabaja los/as niños/as no asistían a centro educativo. Con la expansión de la oferta pública dicho porcentaje se reduce hacia el año 2000 llegando al 37,6% y en el 2005 se ubica en 42,7%.

Cuadro 15. Características de los hogares monoparentales con niños/as de 0 a 5 años de edad. En porcentajes

	1990	1995	2000	2005
% Jefa que trabaja	67,3	76,4	65,7	66,9
Niños/as que no asisten a centro educativo de los hogares con jefa que trabaja	60,9	52,4	37,6	42,7

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de ECH, INE.

1.2. Enseñanza primaria pública y privada

El sector privado se destaca por su oferta de servicios de enseñanza primaria y preescolar de jornadas más amplias que las del sector público. La enseñanza pública ofrece servicios de 4 horas y las propuestas de escuelas de tiempo completo (7 horas y media diarias) están dirigidas a la población de contexto socio-cultural crítico, o sea, aquellos/as niños/as que tienen mayor dificultad para aprender y requieren mayor atención.

La cobertura es universal y el sector público atiende al 86,6% de los/as niños/as de todo el país. Ese porcentaje es de 92,1% en el Interior y 76,3% en Montevideo, dada la alta concentración del sector privado en la capital del país.

Cuadro 16. Alumnos matriculados en la enseñanza primaria común, pública y privada. Año 2006

	Número de alumnos			Sector público/ Total (%)	Distribución del sector privado (%)
	Sector público	Sector privado	Total		
Total	306.030	47.498	353.528	86,6	100,0
Montevideo	94.215	29.244	123.459	76,3	61,6
Interior	211.815	18.254	230.069	92,1	38,4

Fuente: Departamento de Estadística Educativa, Consejo de Educación Primaria.

En el Interior del país la participación del sector privado es más elevada en los departamentos con mayor concentración de población y/o mayor poder adquisitivo. El porcentaje más alto lo presenta Maldonado (18,5%), y le siguen Flores (12,6%), Canelones (11,3%) y Lavalleja (11,2%). En el otro extremo se encuentran Artigas (1,2%) y Treinta y Tres (2,7%).

Como era de esperar en momentos de crisis económica la matrícula del sector privado se redujo fuertemente. Hacia el año 2003, la matrícula de Montevideo se contrajo en 3.043 niños/as respecto a 2001. En el Interior se registra una leve reducción entre 2002 y 2003 pero se recupera rápidamente.

Cuadro 17. Alumnos matriculados en educación primaria privada común

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sector privado	45.097	46.070	43.702	44.218	45.491	47.498
Montevideo	31.368	30.354	28.325	28.322	28.538	29.244
Interior	13.729	15.716	15.377	15.896	16.953	18.254

Fuente: Departamento de Estadística Educativa, Consejo de Educación Primaria.

Entre 2001 y 2006 se registra una importante expansión de los establecimientos del sector privado en el Interior del país, mientras el número de escuelas públicas se reduce en casi todos los departamentos. La mayor expansión del sector privado se registra en Canelones donde el número de establecimientos pasa de 28 a 59 y desaparecen siete escuelas. Luego en Maldonado donde aparecen cuatro establecimientos nuevos del sector privado y solo una escuela pública.

Por su parte, las Escuelas de Tiempo Completo (ETC), que son una modalidad aún muy poco difundida y concentrada en los sectores de contexto sociocultural crítico, expanden su cobertura en el período 1994-2004, del 2% al 7% de la matrícula urbana.²⁸ Éstas atienden diariamente a niños/as desde los 4 años de edad, entre las 8:30 y las 16:00 horas. Su objetivo es mejorar los niveles de asistencia, repetición y aprendizaje. Al respecto la ANEP (2008) afirma que «el modelo de ETC ha probado ser muy eficiente para reducir las tasas de repetición y mejorar los resultados de los aprendizajes en los escolares. Su costo elevado impide, por ahora, su generalización a todas las escuelas del país, pero se busca extenderlas hasta cubrir las áreas más críticas». En el 2005 había 104 ETC que atendían a 26.940 niños/as; para 2007 se propone llegar a 128 ETC que abarcarían a 29.000 niños/as y la meta del quinquenio es llegar a 44.000 niños/as.

1.3. Escuelas especiales de enseñanza primaria

Según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (2004), sólo el 88% de los niños/as con discapacidad entre 4 y 15 años asiste a un establecimiento educativo (incluyendo ciclo primario con educación inicial y secundario básico). Esto se refleja en el bajo nivel de instrucción de la población con discapacidad y mayor de 25 años. Según la Encuesta, un 38% de las personas con discapacidad y mayores de 25 años carecen o tienen muy bajo nivel de instrucción (sin instrucción o primaria incompleta) y un 32% sólo alcanza a completar la enseñanza primaria.

Las dos terceras partes de los inscriptos en la primaria especial van a escuela pública. Dado que la oferta diferenciada de servicios educativos para personas con discapacidad puede considerarse una fuente de segregación y exclusión desde el punto de vista social, se promueve desde el año 2000 la atención dentro del sistema regular a aquellos niños con posibilidades de desarrollar la currícula «común». En el año

28 El aumento de las escuelas de TC va acompañado de una reducción de las escuelas de Contexto Sociocultural Crítico (CSCC) aunque estas últimas aún cubren un espectro mayor de población. Entre ambas alcanzaban en 2004 el 20% de la población urbana. Las CSCC se desarrollan para fortalecer los recursos y capacidades de las escuelas que operan también en contextos socioeducativos más carenciados.

2006, había 252 niños/as que concurrían a clases de educación especial en escuelas comunes, todas ubicadas en el Interior del país.

Por su parte, el número de inscriptos en primaria especial del sector privado se duplica en los últimos años y se eleva el número de escuelas de educación especial de dicho sector de cincuenta y tres a sesenta y nueve.

Cuadro 18. Evolución de la matrícula de primaria especial, pública y privada, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	8234	8682	11178	10652	11860	11063	12351
Pública	8234	8682	9076	8884	8553	8379	8221
Privada	s/d	s/d	2102	1768	3307	2684	4130

Fuente: Anuario 2006. Área de investigación y estadística, Dirección de Educación, Ministerio de Educación y Cultura.

Al igual que en la enseñanza común, la participación del sector privado es más importante en Montevideo que en el Interior.

Cuadro 19. Cantidad de escuelas de educación primaria especial, pública y privada. Año 2006

	Total	Pública	Privada	% Pública	% Privada
Total	150	81	69	54,0%	46,0%
Montevideo	74	27	47	36,5%	63,5%
Interior	76	54	22	71,1%	28,9%

Fuente: Departamento de Estadística Educativa (DEE) del Consejo de Educación Primaria (CEP).

En agosto de 2006 se creó una comisión bipartita entre el Instituto de Seguridad Social (BPS) y la Comisión de Fortalecimiento de los Centros Educativos del CODICEN como ámbito de diagnóstico de la situación a nivel nacional, territorial y de los servicios que se prestan a niños con discapacidad. Hasta el momento se ha avanzado en el relevamiento de los servicios que se brindan en todo el país.

1.4. Servicios para el cuidado de adultos mayores

Dado el marcado envejecimiento de la población uruguaya es importante analizar cuáles son los servicios que se brindan a esta población y los mecanismos dispuestos para asistirlos en caso de discapacidad o de ayudas necesarias para la vida cotidiana.

El nivel de autonomía o dependencia de los adultos mayores respecto a otros miembros de la familia o del hogar podrá variar en función del estado de salud de la persona y también de sus posibilidades de acceso

a servicios de cuidado provistos por el Estado o por el mercado. Ello dependerá de la disponibilidad de estos servicios y su accesibilidad en función del costo y de su ubicación geográfica.

En el año 2004 se aprueba por primera vez una ley (N.º 17.796) que tiene como objeto la Promoción Integral de los Adultos Mayores, entendiéndose por tales a aquellas personas que tengan más de 65 años de edad. Desde marzo de 2005 se desarrolla el Programa Nacional del Adulto Mayor con el propósito de mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Las actividades que se desarrollan en el marco del programa son: el relevamiento de casas de salud y hogares de ancianos; la elaboración de normas técnicas (de salud bucal, ocular, atención cardio-vascular y patologías tumorales); la inclusión de contenidos educativos en los currículos escolares; el asesoramiento con OPS y otras instituciones gubernamentales y ONG, etcétera.

Según ECH-2004, 37,4% de los hogares uruguayos tienen al menos un adulto mayor (de 65 o más años de edad). El 29,2% de los hogares con adultos mayores son unipersonales (principalmente de mujeres), 16,3% son hogares en pareja y 14,7% son trigeracionales (Batthyány, Alesina y Brunet, 2007b).

Los servicios que se desarrollan específicamente para la atención de personas mayores son las residencias u hogares de ancianos. Según Eugenia De Marco (2005²⁹), entre el 5% y el 7% de los adultos mayores se encuentran alojados en instituciones de larga estancia, lo que implica unas veinticinco mil personas. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas.

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de reglamentar la provisión de servicios de alojamiento privado para adultos mayores. Dicha reglamentación establece los requisitos técnicos que deben cumplir los establecimientos privados que alojan ancianos y las normas necesarias para un control más efectivo y eficaz por parte del Ministerio de Salud Pública (según ley 17.066 de 1999 y decreto 320/999). Para ello se crea una Comisión Honoraria que funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, y que está integrada por cinco miembros, uno del MSP, otro de la Facultad de Medicina (médico con posgrado en geriatría y gerontología), uno del BPS, uno designado por los hogares privados sin fines de lucro y un representante de las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas.

Bajo la órbita del BPS existían, en setiembre de 2006, noventa y dos hogares registrados con 2.938 usuarios, donde se prestan servicios de alojamiento, rehabilitación, alimentación, ropería, lavandería y pelu-

29 Citada en Pugliese (2007).

quería. Estos hogares se financian con un porcentaje de la pasividad de los residentes, y apoyos de la comunidad. El aporte del Instituto de Seguridad Social (BPS) se basa fundamentalmente en asesoramiento técnico multidisciplinario, apoyos económicos para proyectos de interés social y capacitación a dirigentes voluntarios y trabajadores vinculados con estas instituciones (Pugliese, 2007).

Respecto a las residencias privadas con fines de lucro, se desconoce el número de residencias que existen, por lo cual se ven limitadas las posibilidades de control.³⁰ De todas formas, a setiembre de 2006, se habían detectado mil doscientas residencias (800 en Montevideo y 400 en el Interior del país). Éstas ofrecen a adultos mayores alojamiento permanente, alimentación y otros servicios que varían en función de la categoría de la institución, y se financian mediante un pago mensual del residente o su familia (Pugliese, 2007).

Un servicio menos difundido en Uruguay son los centros diurnos.³¹ Son muy pocos, aunque según Pugliese (2007) por diversas razones que no han sido estudiadas, las personas mayores no muestran interés en concurrir a los centros diurnos. Además de aquellos que funcionan en Hogares de Ancianos o el del Hospital Centro Geriátrico «Dr. Luis Piñeyro del Campo» (con 45 plazas), otros los desarrollan ONG, comunidades religiosas y la Intendencia Municipal de Montevideo que posee dos Centros diurnos gratuitos para adultos mayores. El Centro Geriátrico «Piñeyro del Campo» cuenta también con un servicio de cuidadores domiciliarios (Batthyány *et al.*, 2007b).

En general, se recomienda la instalación de Centros Diurnos como alternativa a la institucionalización, por ser lugares donde los adultos mayores pueden encontrar un espacio propio donde compartir con otras personas de su edad diversos tipos de actividades, así como encontrarse cuidados y contenidos en algunas horas del día en que su familia no los puede atender (o simplemente para liberar a la familia de ese cuidado en algún momento del día). De todas formas, se considera que previo a la promoción e implementación de estos centros, es necesario investigar la participación de adultos mayores en los centros existentes y las razones por las que muchos de ellos no muestran interés en utilizarlos (Pugliese, 2007).

30 La forma de detectar residencias que no cumplen con las condiciones legalmente requeridas, o que en alguna medida abusan de los residentes, es a través de su cuerpo de inspectores, que trabajan fundamentalmente en base a denuncias de familiares, vecinos, emergencias médicas u hospitales (Pugliese, 2007).

31 En el departamento de Colonia hay doce Hogares de Ancianos y siete de ellos cuentan con centros diurnos; en el departamento de Soriano hay cuatro Hogares de Ancianos y todos ellos cuentan con centros o servicios de funcionamiento diurno (Pugliese, 2007).

1.5. Servicios de cuidados para personas con discapacidad

La población con discapacidad en Uruguay es un 7,6% de la población total, o sea, unas 210.400 personas, que habitan en alrededor del 20% de los hogares de las localidades de 5.000 o más habitantes.³² El 51% de esa población tiene más de 65 años de edad, y el 18% son niños/as, adolescentes y jóvenes (menores de 30 años de edad). Casi la mitad (48%) pertenecen a hogares de bajos ingresos (ubicados en el primer y segundo quintil) y solamente un 30% se ubican en el cuarto y quinto quintil (INE, 2004).

El cuidado de estas personas a nivel del hogar y de la familia es asumido particularmente por las mujeres (madre/cónyuge/hija/hermana). La política pública se limita a brindar servicios tradicionales de salud, educación, prestaciones de la Seguridad Social, y desde la década de los noventa se desarrollan programas de formación para facilitar el acceso al empleo así como estrategias para incentivar su contratación desde el Estado.

La Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD)³³ tiene a su cargo la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad. Dicha comisión se crea en el marco de la Ley N° 16.095 (octubre de 1989) que busca establecer un sistema de protección integral para las personas con discapacidad. Para ello la CNHD debe procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, y promover acciones tanto a nivel del Poder Ejecutivo como de los gobiernos departamentales.

Según un reciente estudio (Giordano, 2005), la comisión presenta limitaciones para desarrollar eficazmente su rol, entre las que destaca la falta de autonomía de sus integrantes ya que son representantes de diversos ministerios que deben informar y obtener el aval de sus respectivos ministros para poder actuar. Las actividades que se han llevado a cabo hasta el momento responden básicamente al objetivo de estimular la solidaridad social y brindar algunos servicios (como el de transporte en la Capital).

No existen programas para el cuidado de personas con discapacidad. A través de un proyecto de ley que cuenta con media sanción, se busca crear un Programa de Asistencia Personal para Personas con

32 En el Interior urbano, el 21,4% de los hogares posee alguna persona con discapacidad y en Montevideo el 20,1%.

33 La CNHD se encuentra en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública y se integra con representantes del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Facultad de Medicina, Consejo Directivo Central (CODICEN), Congreso de Intendentes, Facultad de Odontología (Ley 16.169), INAME (Ley 17.296, Art. 546) y de las organizaciones de personas con discapacidad y otras instituciones relacionadas.

Discapacidades Severas que brinde un servicio de acompañamiento en función de la evaluación técnica que realice el Ministerio de Salud Pública (que definiría a los beneficiarios) y el financiamiento lo aportaría el Instituto de Seguridad Social (BPS).

1.6. Servicios de salud

Actualmente se está llevando adelante una importante reforma del sistema de salud. Esto significa para los niños el acceso al sistema mutual a través de la cobertura por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de sus padres y madres, siempre que trabajen en forma remunerada y contribuyan a la Seguridad Social. En el caso de los adultos mayores se incorporaron al nuevo sistema aquellos que ya tenían acceso a la cobertura médica por la Seguridad Social, que son los/as jubilados/as con ingresos inferiores a tres BPC³⁴ (desde el año 1997). El cambio es el ingreso a la cobertura por la Seguridad Social de todos quienes se jubilen a partir de enero de 2008 (sin importar el monto de su jubilación). Los pensionistas aún no están incluidos en este sistema.

Esta reforma busca compensar en cierta medida las diferencias generadas en el acceso al sistema de salud. Katzman y Filgueira (2001) plantean que efectivamente durante los años noventa se profundizaron los niveles de estratificación en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos. A la tradicional distinción entre sistema público y mutual, se agregó las nuevas modalidades privadas de sistemas de urgencia y policlínica privados (SEMM, UCM, etcétera) y los seguros privados de salud (Blue Cross-Blue Shield, Medicina Personalizada, etcétera). De esa forma, los sectores medios y altos de la sociedad abandonaron crecientemente el sistema mutual, o al menos complementaron sus servicios por la vía privada como forma de mantener la calidad de la atención médica que reciben, camino vedado para la mayoría de los sectores de menores ingresos.

Cobertura en salud para los/as niños/as de 0-12 años

En el 2005, dados los elevados niveles de pobreza en la población infantil, un 55% de los niños menores de 0 a 12 años de edad tenían acceso exclusivo al sistema público. Un 6% adicional agregaba al servicio público de salud, la cobertura de una emergencia móvil. Un 17% tenía cobertura por mutualista y además contrataba una emergencia móvil y un 9% sólo accedía a la mutualista.

Las diferencias regionales son importantes, en Montevideo un 30,5% de estos niños/as tenía cobertura de mutualista y emergencia móvil; mientras en el Interior el 65,6% posee únicamente cobertura de Salud Pública.

34 Tres Bases de Prestaciones y Contribuciones equivalen a 5.325 pesos uruguayos (agosto de 2008).

Cuadro 20. Cobertura de salud de los/as niños/as de 0 a 12 años de edad, según área geográfica. En porcentajes, año 2005

	Total	Sin asistencia	Mutualista	Mutualista y E. M. (1)	Solo E. M. (1)	MSP (2)	MSP (2) y E. M. (1)	Otro
Total	100,0	1,6	9,0	16,7	1,2	54,9	6,3	10,4
Montevideo	100,0	1,5	6,9	30,5	0,8	41,7	8,0	10,7
Interior	100,0	1,7	10,7	5,5	1,4	65,6	4,9	10,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares.

(2) Ministerio de Salud Pública. Incluye Hospital Universitario.

(1) Emergencia Móvil.

Esta información se vería modificada por la instalación del nuevo sistema de salud que brinda la posibilidad de trasladarse al sistema mutual a los/as hijos/as de trabajadores/as con cobertura de la Seguridad Social.

Desde el año 2006 existe a nivel del Ministerio de Salud Pública el «Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez» que posee un componente de evaluación de la calidad de atención y de satisfacción de los usuarios. Para ello se desarrollarán encuestas de opinión periódicas en salas de espera, se formarán grupos de trabajo institucionales para el desarrollo del Programa de Mejora Continua de la Calidad de Atención de la Infancia, y se definirán indicadores de calidad de atención del niño y mecanismos de monitoreo y control de los mismos.

Cobertura en salud para las personas con discapacidad

Según los datos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2004, las personas con discapacidad poseen una cobertura casi universal (del 98,6%), mayor que para la población total (96,9%). El sector público (MSP u Hospital de Clínicas) atiende a casi la mitad de la población con discapacidad y las mutualistas atienden al 42%.

En el caso de los/as niños/as con discapacidad, la actual reforma prevé la misma cobertura que para el resto de los/as niños/as, pero sin límite de edad.³⁵

Cobertura en salud de los adultos mayores

Según la ENHA 2006, el 2% de los hombres mayores de 60 años y el 0,9% de las mujeres de esa edad no poseen ninguna cobertura asistencial en salud. El mayor porcentaje de cobertura es a través de la Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC): el 56,7% para los hombres y el 58,8% para las mujeres. El sistema público asiste al 31,9% de los hombres y el 32,8% de las mujeres. A su vez, el 42,1% de los hombres

35 Para los/as demás niños/as la cobertura llega hasta los 18 años de edad.

y el 50,4% de las mujeres además de poseer alguna cobertura pública o privada del sistema contratan los servicios de emergencias móviles (Batthyány, 2007a).

Además del sistema público y el mutual, existen las cajas de seguridad social paraestatales de bancarios y notarios que brindan cobertura de salud a sus jubilados, así como existe un sistema de salud independiente de las fuerzas armadas y la policía que se financia con aportes del Estado.

Un estudio realizado para Montevideo sobre el grado de inequidad socioeconómica en el uso de servicios médicos de la población adulta mayor encuentra que existe inequidad a favor de los estratos socioeconómicos más altos en el tiempo de espera en ser atendido, en las consultas médicas y servicios preventivos realizados. Estos últimos son los que presentan las mayores desigualdades. Ello revela que, para un mismo nivel de morbilidad o necesidad, los individuos con mayor nivel socioeconómico tienen más probabilidad de usar los servicios de salud que individuos de menores recursos (Balsa, Ferrés, Rossi y Triunfo, 2007).

En particular, la preocupación sobre los cuidados en salud es que el propio envejecimiento de la población genera una mayor presión sobre los recursos del sistema y éste busca reducir costos delegando parte de sus responsabilidades a las familias. A ello, además, se suma que estos sistemas fueron diseñados bajo la premisa de que alguien de la familia o del hogar (que son finalmente las mujeres) se encargará de asistir a esa persona.

Ello ha llevado a que se desarrolle también una serie de servicios de acompañamiento y servicios de enfermería a domicilio o en instituciones de salud (sanatorios, hospitales u otros). Estos servicios brindan la posibilidad de afiliarse y las dos terceras partes de sus socios en Montevideo son adultos mayores. En el año 2006 un 60% de la población de Montevideo mayor de 65 años estaba afiliada a alguna empresa de servicio de compañía. A su vez, el servicio más requerido por los socios es la compañía en sanatorio y, en segundo lugar, la compañía en domicilio (Batthyány *et al.*, 2007b).

También existen los cuidadores informales, o sea personas contratadas en forma particular para el cuidado de ancianos y enfermos. Según Pugliese (2007), «si bien aún no hay estudios al respecto, es de conocimiento público la creciente participación de mujeres de niveles socioeconómicos bajos en tareas de cuidado de ancianos, en forma de trabajadoras por cuenta propia, que ofrecen su trabajo por remuneraciones muy bajas, en condiciones de informalidad y generalmente con largas jornadas laborales».

Otro aspecto que señala Pugliese (2007) es que «muchos de estos empleadores están en condiciones de vulnerabilidad, tanto por su si-

tuación de envejecimiento o enfermedad, como por pertenecer a estratos sociales de mediano y bajo nivel socioeconómico, por lo que no tienen capacidad de pago suficiente para remunerar en forma justa a sus acompañantes, especialmente si las remuneraciones se traducen en valor hora, teniendo en cuenta la gran cantidad de horas de trabajo diurnas y nocturnas». Plantea también que «sería importante para Uruguay investigar, por un lado, las demandas de cuidados de los adultos mayores en lo que tiene que ver con la cantidad y características de las personas demandantes, los tipos de servicios que necesitan, por ejemplo atención en domicilio, atención en instituciones, horas requeridas, etcétera y por otro, la oferta de estos servicios, ya sea a nivel de empresas o de trabajadores por cuenta propia». Plantea que «esta información permitiría diseñar algún tipo de programa que atienda las necesidades y demandas por un lado y la formalización y profesionalización de la oferta por otro».

2. Prestaciones monetarias

2.1. Transferencias de ingresos a las familias con hijos/as o menores a cargo

Desde la década del cuarenta existe el régimen de Asignaciones Familiares que fue modificando su orientación desde mediados de los años noventa. Originalmente su propósito era promover la fecundidad brindando un salario complementario a los/as empleados/as formales de la actividad privada. También los funcionarios del Estado reciben una prestación equivalente en su sueldo.

Desde mediados de los noventa, reorientaron su objetivo hacia la mitigación de la pobreza al condicionar el acceso al beneficio en función de los ingresos salariales del hogar, estableciéndose un tope de diez salarios mínimos nacionales (SMN), y se comienza a exigir la asistencia de los menores a centros educativos.³⁶ En el año 2000, se extendió el beneficio a los hogares con ingresos inferiores a tres salarios mínimos nacionales (sin importar el origen de los mismos) que estén constituidos por una madre jefa de hogar, mujeres embarazadas³⁷ y trabajadores que hayan agotado el subsidio por desempleo. A partir de junio de

36 Se consideran beneficiarios de la asignación familiar al hijo o menor a cargo del atributario hasta la edad de 14 años; hasta los 16 años cuando no ha podido completar el ciclo de enseñanza primaria por impedimento justificado o cuando el beneficiario es hijo de un trabajador fallecido, absolutamente incapacitado para el trabajo o privado de la libertad; hasta los 18 años cuando el beneficiario cursa estudios de nivel superior a primaria. De por vida o hasta que perciba otra prestación de la Seguridad Social cuando presenta alguna discapacidad psíquica o física que le impida su incorporación a trabajos remunerados.

37 En el caso de la mujer embarazada, se le otorga una prestación prenatal desde el comienzo del embarazo, y luego una prestación por un período de doce meses inmediatos y posteriores al nacimiento.

2004 se amplía la cobertura a los niños en hogares de bajos ingresos, independientemente de la inserción laboral de los padres y madres, y de las condicionantes impuestas en el año 2000. Las prestaciones se focalizan en los hogares cuyo ingreso —de cualquier naturaleza— se sitúa por debajo de los tres BPC.³⁸

Con la actual reforma del sistema en el marco del Plan de Equidad se incrementa sustancialmente el monto de la prestación para las familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica.³⁹ El monto que percibían estos hogares era de 16% BPC por hijo/a o menor a cargo (o sea, unos \$260 en diciembre de 2007) en forma bimensual y pasó en enero 2008 a \$700 mensuales para el primer niño/a del hogar que concurra a la escuela o sea menor de 5 años y de \$1.000 para el primer adolescente entre 13 y 18 años de edad que concurra a la enseñanza secundaria o técnica (UTU). Estos valores no se multiplicarán por cada niño/a en el hogar sino que se percibirá un solo monto base y luego el mismo irá disminuyendo por cada niño/a y adolescente integrante del mismo. Otro cambio sustantivo en esta prestación será el control que se hará de las contraprestaciones, que en este caso serán: la permanencia de los/as niños/as y adolescentes en el sistema educativo, la realización de controles periódicos de salud y la tenencia de cédula de identidad a partir de los cuarenta y cinco días del nacimiento de el/la niño/a.

Para el resto de los beneficiarios se mantiene el pago bimestral que se diferencia por franjas de ingresos salariales del hogar. Para aquellos inferiores a seis BPC la prestación es el 16% del BPC por hijo y es de 8% para hogares entre seis y diez BPC.⁴⁰ A los beneficiarios discapacitados que no perciban pensión por invalidez les corresponde el 32% BPC.

La focalización de la prestación en los años noventa a los hogares de menores ingresos significó una importante reducción de la cobertura pasando el número de beneficiarios de 440.998 a 350.291 (entre 1990 y 1999 según Amarante y Arim, 2005). La ampliación del beneficio del año 2000 eleva el número de beneficiarios en unos cincuenta mil niños (hacia el año 2003) y en el año 2004 vuelve a crecer por efecto de la nueva legislación que generaliza el beneficio a los hogares de muy bajos ingresos. En términos de cobertura geográfica, con la reforma de 1995 se registra una redistribución de los beneficiarios hacia el Interior del

38 Desde diciembre de 2004 todas las referencias al Salario Mínimo Nacional (SMN) se sustituyen por la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC) que se define en ese momento con un monto equivalente al valor del salario mínimo nacional. Actualmente la BPC es de \$1.775 (agosto de 2008).

39 En 2008 se abarcará a los hogares más carenciados (hasta 330.000 niños y adolescentes) y en 2009 se extenderá a todos los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica (llegando a los 500.000 beneficiarios).

40 En el caso de hogares con más de dos hijos el tope de diez BPC se extiende a razón de un BPC por cada beneficiario adicional.

país (que en el 2003 representan dos tercios del total), probablemente porque los niveles salariales son más bajos en el Interior, al tiempo que el tamaño promedio de los hogares y la fecundidad son más elevados (Vigorito, 2005).

2.2. Transferencias de ingresos para las personas con discapacidad

El Instituto de Seguridad Social (BPS) otorga:

- «Pensión por invalidez» a las personas de cualquier edad con discapacidad del 66% o más y que además tenga familia carente de recursos,⁴¹ en situación de pobreza medida a nivel nacional, incluyendo familiares convivientes y no convivientes, además de los directos, hasta suegros/as, cuñados/as, nueras, yernos (excepto en los casos que BPS defina que la discapacidad es severa: cuando se necesita un asistente permanente para la vida cotidiana). Consiste en un monto mensual en dinero de \$3.309 (en agosto de 2008). Si la persona trabaja en forma remunerada pierde el derecho a pensión sólo cuando el ingreso por la tarea remunerada supere en tres veces el monto de la pensión.
- «Asignación Familiar doble» en el caso de niños con discapacidad hijos/as de trabajadores empleados de la actividad privada, afiliados al BPS, que ganen hasta diez BPC (un BPC = \$1.775 en agosto de 2008). El derecho se mantiene de por vida (en caso de no poder insertarse en el mercado laboral de forma estable) o hasta que perciba otra prestación de la Seguridad Social (como pensión por invalidez), en cuyo caso si el beneficiario estudia, ésta se mantiene hasta los 15 años de edad. Se cobra en forma bimensual y el monto asciende a \$520 (diciembre de 2007). Si cobran la pensión por invalidez, tienen derecho a cobrar asignación sencilla (\$260). Desde enero de 2008, quienes integran el Plan de Equidad (niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad socioeconómica) recibirán un monto mayor (mil pesos uruguayos).
- «Ayudas especiales» dirigidas a beneficiarios de Asignaciones Familiares y/o Pensionistas por Invalidez, para cubrir el costo de la cuota escolar o locomoción, en caso de que asista a escuela o instituto de rehabilitación. El monto mensual para cubrir la cuota asciende a un máximo de \$1.658 (aproximadamente) y el reintegro para gastos de locomoción puede alcanzar hasta \$800 (aproximadamente).
- «Pensión de sobrevivencia» cuando fallece un afiliado activo o pasivo

41 Actualmente los topes establecidos para los familiares obligados de los solicitantes de una Pensión por Invalidez si los familiares conviven con el solicitante, se ubica en dos o tres BPC según el familiar (cónyuge, hermano/a casado o soltero, padres, etcétera). En caso de no convivir los familiares con el solicitante, los topes de ingresos establecidos se ubican en ocho o diez BPC también según el familiar. En agosto de 2008, un BPC equivalía a \$1.775.

del BPS a los/as hijos/as mayores de 21 años de edad absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo, o los padres absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo. En este último caso se debe demostrar dependencia económica.

Hay que considerar que el acceso a estos beneficios habilita la posibilidad de utilizar instituciones de rehabilitación que trabajan en convenio con el BPS. Dado que la mayoría de los centros con convenio con el BPS es de carácter privado, la pérdida de alguno de estos beneficios significa asumir los costos de dichos servicios.

Además, aquellas personas que sufren una discapacidad luego de haber estado trabajando y aportando al BPS, si esa discapacidad es absoluta y permanente para todo tipo de trabajo, le corresponde una «jubilación por incapacidad total» cuando no tiene edad para la jubilación común. Si la persona queda incapacitada para realizar sólo las tareas correspondientes al empleo o profesión habitual, obtiene un «subsidio transitorio por incapacidad parcial» por un plazo máximo de tres años.

Según la información que brinda la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2004, más de la mitad de la población mayor de 14 años con discapacidad (53,2%) percibe algún ingreso por transferencias.⁴² El nivel promedio de esos ingresos es notoriamente superior para las mujeres que para los hombres (\$1.902 respecto a \$876), pero los ingresos por trabajo son mayores para los hombres que para las mujeres (\$5.431 respecto a \$3.990).

2.3. Previsiones de la Seguridad Social para la vejez

El sistema de la Seguridad Social brinda en la vejez:

- «Jubilación común» para los trabajadores dependientes y patrones de todos los sectores de actividad (incluyendo trabajadores domésticos y rurales) que hayan realizado los aportes correspondientes. Se exige un mínimo de 60 años de edad y 35 años de aportes (existe actualmente un proyecto de ley para reducirlo a 30 años).
- «Jubilación por edad avanzada» si no cumplen con la cantidad de aportes exigidos pero tienen un mínimo de quince años de aportes y un mínimo de 70 años de edad.
- «Pensión a la vejez» para personas de 70 años de edad que tienen escasos recursos económicos⁴³ y no reciben otra prestación de pasi-

42 Ellas pueden ser: pensión por invalidez, compensación por accidente laboral, becas, subsidios o donaciones de instituciones, ayudas familiares o contribuciones de otros hogares. Se excluyeron de esas transferencias las jubilaciones, el seguro de desempleo, las contribuciones por divorcio, por hogar constituido y la asignación familiar.

43 La percepción del beneficio depende de una visita realizada por asistentes sociales del BPS. Actualmente los topes establecidos para los familiares obligados de los solicitantes

vidad. En el caso en que el beneficiario posea algún ingreso inferior al valor estipulado de la pensión (en agosto 2008 asciende a \$3.309), sólo se le pagará un complemento que le permita alcanzar dicho valor. Desde diciembre de 2007, en el marco del Plan de Equidad, se extiende la cobertura a las personas entre 65 y 70 años en situación de extrema pobreza.

- «Pensión de Sobrevivencia» cuando muere el trabajador o el jubilado, desaparece, o se condena a prisión a una persona jubilada. Son beneficiarias las personas viudas o divorciadas. Hay topes de ingreso para la mujer viuda⁴⁴ y necesidad de demostrar dependencia económica en caso del hombre viudo, y de personas divorciadas. Con la ley aprobada en diciembre de 2007 se reconoce la unión concubinaria para obtener los mismos derechos que viudos/as y divorciados/as. Además del tope de ingresos, si la viuda es menor de 30 años la pensión se percibe solo durante dos años; si tiene entre 30 y 39 años de edad percibe la pensión durante 5 años y si es mayor de 40 años la pensión es vitalicia.

El 70% de las personas mayores de 65 años en Uruguay reciben prestaciones de la Seguridad Social (18% se mantienen en el mercado laboral). Pero las mujeres acceden en mayor medida a través de los programas asistenciales (pensión por vejez) y la pensión de sobrevivencia, no siendo titulares de la prestación por derecho propio, mientras el 75% de los hombres son beneficiarios de jubilaciones. Ello tiene consecuencias en el nivel de ingreso de las mujeres en edad avanzada ya que las pensiones son de monto inferior a las jubilaciones. A su vez, entre los jubilados las mujeres se ubican en los tramos inferiores de ingreso, existiendo una brecha de 29% entre las jubilaciones de hombres y mujeres. Para el conjunto de prestaciones la brecha se reduce al 25%.⁴⁵ Por lo tanto, como las mujeres tienen una mayor sobrevivencia, esa diferencia puede ser determinante de la disponibilidad de ingresos en su edad avanzada, cuando requieren más cuidados.

Además de las prestaciones que brinda el BPS y las AFAP están aquellas que proveen las cajas paraestatales a determinados grupos de población (fuerzas armadas, bancarios, notarios y otros profesionales).

Este modelo de cobertura de la Seguridad Social podría verse modi-

de una Pensión a la Vejez, si los familiares conviven con el solicitante, se ubican entre dos y tres BPC en función de si es una persona o más. Si los familiares no conviven con el solicitante, los topes de ingresos se ubican entre ocho y diez BPC. En agosto de 2008, un BPC se ubica en \$1.775.

44 El tope de ingresos para percibir la Pensión de Sobrevivencia a la mujer viuda asciende a quince SMN. En diciembre de 2007, el SMN se ubica en \$3.244.

45 Información presentada por Marco (2007) respecto a los datos de la Encuesta Continua de Hogares 2005.

ficado radicalmente como resultado de la reforma del sistema de jubilaciones y pensiones de 1996 y los cambios en el mercado laboral y en los arreglos familiares. El aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral propicia la posibilidad de ser beneficiarias de una jubilación, o sea de una prestación social por derecho propio, pero su actividad es aún menor que la de los hombres y se registran altas tasas de desempleo, son una gran proporción del empleo informal⁴⁶ y sin protección social. Según la ECH 2004, el 61,2% de las mujeres en edad activa (entre 20 y 59 años) no cotiza a la Seguridad Social respecto al 44,3% de los hombres. Dichas características se profundizan en los estratos de hogares de menores ingresos.

A su vez, los cambios que impuso la reforma del sistema han vuelto más difícil el acceso a la jubilación. Ello se demuestra en estudios de simulación realizados recientemente y para ello se busca flexibilizar los requisitos a través de un nuevo proyecto de ley. Dicha flexibilización incluye además de reducir la exigencia de años de aportes de treinta y cinco a treinta, otorga a las mujeres el derecho a computar un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo, o por cada hijo que hayan adoptado, con un máximo total de cinco años.

3. Legislación para la compatibilización de la vida familiar y laboral

La legislación laboral que prevé en cierta medida la compatibilización entre el empleo y las responsabilidades familiares está centrada en la posición de las mujeres como madres. Como señala Pautassi *et al.* (2005), en un estudio realizado para seis países de América Latina incluido Uruguay, «se observan dos grandes ejes relacionados con la normativa referida a la articulación entre la vida laboral y la vida familiar. Por un lado, *se concentra en las referencias al período de gestación, alumbramiento y lactancia*, y por otro estas disposiciones *se refieren casi exclusivamente a los derechos de las mujeres* —asumiendo su doble función de trabajadoras y madres— y *casi nunca a los hombres* —cuya función como trabajadores parece partir del supuesto de que existe una mujer que cubrirá las necesidades de cuidado de sus hijos».

En Uruguay, las normas protectoras de la maternidad contemplan los siguientes aspectos:⁴⁷

- licencia de maternidad: seis semanas antes y seis semanas después del parto (trece semanas para las funcionarias públicas);
- prestaciones económicas y médicas: subsidio de maternidad provisto por el organismo estatal de Seguridad Social (Instituto de Segu-

46 Según la definición de OIT, si están ocupadas en empresas de menos de cinco trabajadores se consideran de baja productividad y con mayor propensión a la desprotección social.

47 Extraído de Márquez (2005).

ridad Social-BPS) y asistencia médica durante el embarazo, parto y posparto;

- facilidades para la lactancia: dos pausas diarias de media hora contadas como trabajo efectivo; media jornada en el caso de las funcionarias públicas; hasta los seis meses de edad del hijo/a;⁴⁸
- traslado temporal de tareas durante el período de gravidez o de lactancia o, en su defecto, licencia especial abonada por la Seguridad Social (Ley N.º 17.215 del 24 de setiembre de 1999);
- conservación del puesto de trabajo: la trabajadora embarazada o que ha dado a luz no puede ser despedida; si lo fuera, el empleador deberá abonar una indemnización especial de seis meses de sueldo, que se acumula a lo adeudado por la indemnización común (Ley N.º 11.577 del 14 de octubre de 1950), y
- licencia especial de seis semanas para todos los trabajadores (hombres y mujeres) de la actividad pública y privada, que adopten menores (ley 17.292 del 2001).⁴⁹

En cuanto a la licencia por paternidad (por nacimiento de un hijo) sólo existe legislación para la actividad pública que concede diez días hábiles a partir de diciembre de 2005 (Ley 17.930), ampliando la disposición de la Ley 16.104 de 1989 que preveía tres días hábiles. Actualmente existe un proyecto de ley aprobado por ambas cámaras (pero que espera su sanción por parte de la Cámara de Diputados para convertirse en ley) que propone la licencia por paternidad en el sector privado, por nacimiento de hijo/a, de tres días. En caso de adopción, si ambos padres son beneficiarios de la licencia, la ley 17.930 establece que la correspondiente al padre será de diez días hábiles, sustituyendo a la anterior redacción que determinaba que solo podría hacer uso de la misma uno u otro integrante del matrimonio beneficiario.

Más allá de las licencias por maternidad y paternidad, no existen disposiciones legales para el cuidado de los/as hijos/as (las llamadas licencias parentales). Ni otro tipo de licencias para el cuidado de otras personas dependientes (en particular el caso de adultos mayores u otros). Los funcionarios públicos pueden disponer de una «licencia especial» hasta por treinta días con goce de sueldo, en caso debidamente justificado. Si es por un plazo mayor será sin goce de sueldo (art. 37 de la ley 16.104).

48 Existe un proyecto con media sanción en el Parlamento que busca equiparar los beneficios de las funcionarias públicas respecto a las privadas, concediendo la media jornada hasta los 6 meses de edad del hijo/a.

49 En el caso de los funcionarios públicos, se trata de una licencia especial con goce de sueldo; en el caso de los trabajadores del sector privado, se percibe un subsidio similar al previsto para la licencia de maternidad, a cargo del Instituto de Seguridad Social (BPS).

Sólo existen algunas cláusulas en los convenios colectivos que buscan compensar esas deficiencias. Las cláusulas más comunes refieren a licencia por paternidad porque no hay disposiciones legales que otorguen ese beneficio a los trabajadores de la actividad privada. La duración de la licencia varía de uno a tres días. También hay medidas para equiparar el subsidio por maternidad con el nivel de salario actual,⁵⁰ reducción del horario de trabajo durante la lactancia (a la mitad o menos de la mitad, o la flexibilización del horario de entrada o salida), servicio de guardería,⁵¹ y licencia por enfermedad de hijo/a menor.⁵²

También existe otro tipo de compensaciones parentales que son en dinero (prima por nacimiento, prima por hijos a cargo), o de cobertura de salud (seguro de salud), o ayuda educacional (una prima o bono anual, o biblioteca de libros de estudio para hijos de empleados) y en algún caso locomoción («pase libre en el transporte»).

En algunos convenios se incorporan cláusulas que comprometen dar cumplimiento al convenio 156 de OIT sobre «La igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: Trabajadores con Responsabilidades Familiares», pero en la práctica se visualizan pocos avances en su implementación.

De todas formas, es importante notar que en Uruguay durante la década de los noventa, en torno al 45% de las mujeres ocupadas no gozaban de protección social y hacia el año 2005 ese porcentaje se ubica en 40% (Amarante y Espino, 2007), con lo cual la legislación laboral resulta aún menos exitosa.

50 Se compensa la diferencia que pueda generarse por la forma de cálculo del subsidio (el promedio de lo percibido en los últimos seis meses).

51 Son muy escasos los convenios sobre servicios de guardería. Lo que existe es la contribución monetaria del empleador a la provisión del servicio por el sindicato (caso del sector financiero) o el pago de una suma en dinero al empleado (sector salud).

52 La licencia por enfermedad de hijo/a menor es un tema casi ausente en la negociación colectiva. En el sector salud (en dos convenios de empresa) se concede un día por cada situación de enfermedad de hijos de hasta diez años, con un máximo de tres veces al año por cada hijo, y dos días en caso de internación, sin límite de frecuencia. En otro convenio de empresa (en la bebida) se consideran inasistencias justificadas las de un día, provocadas por enfermedades de hijos menores de 15 años, con un límite de tres en el semestre, sin perjuicio de autorizaciones especiales de acuerdo al caso concreto. En un convenio de empresa (sector financiero privado) se establece el derecho para las «funcionarias madres» de disponer de tres horas mensuales para salidas por consultas médicas de sus hijos menores de un año.

Reflexiones finales

Como es notorio, para avanzar hacia un sistema de cuidados hay una serie de temas pendientes vinculados a la provisión actual de servicios de cuidados. Pero, además, sería imprescindible ir pensando en un mecanismo de integración de los distintos sistemas que actualmente funcionan en forma aislada.

En términos de la provisión de servicios de cuidados se debe resolver la cobertura de cuidados para los más chiquitos (0 a 3 años). Ello en principio está siendo un tema a encarar por el Plan de Equidad para brindar servicios a través del Plan CAIF que alcanza a los sectores más pobres de la población. Pero hay que considerar que los estratos sociales de ingresos medios también enfrentan dificultades que limitan su desarrollo laboral, lo que ha conducido a una reducción de sus tasas de fecundidad.

También se requiere la extensión de la jornada escolar, lo que implica el diseño de programas con tareas extracurriculares que mantengan a los/as niños/as ocupados durante una jornada que sea compatible con las jornadas de trabajo de los adultos. No hay programas en este sentido, sólo los dirigidos a los sectores más pobres originados por los problemas de repetición escolar.

Luego hay que estudiar la configuración de un sistema de servicios y prestaciones para atender a las personas con discapacidad —sean niños, adultos o adultos mayores—, promoviendo el desarrollo de su autonomía y que contemple las necesidades de los/as cuidadores/as.

Además, dado el nivel de envejecimiento que ya existe en nuestro país y las necesidades de cuidado que ello conlleva, se requiere de un sistema que articule y desarrolle acciones en distintos planos (los cuidados de salud, la autonomía personal, etcétera). Ellas pueden incluir el desarrollo y fiscalización de los servicios de acompañamiento, los hogares de ancianos, los centros diurnos y otro tipo de servicios que puedan desarrollarse a nivel de la comunidad, el sector público o el sector privado.

En términos de prestaciones monetarias se deberían revisar las que actualmente brinda la Seguridad Social para asegurar la solvencia económica de los adultos mayores, los hogares con niños/as y las personas con discapacidad.

Por último, hay que revisar el marco legislativo para adecuar los derechos y obligaciones de los/as trabajadores/as a los requerimientos de cuidado de la sociedad. Una clara señal de su nivel de atraso es el hecho de que recién en 2008 se aprobó la licencia por paternidad para los trabajadores del sector privado.

Bibliografía

- Amarante, Verónica y Espino, Alma (2007). «Informalidad y Protección Social en Uruguay. Elementos para una discusión conceptual y metodológica». *Serie Documentos de Trabajo* 1/07, julio. Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de la República. Montevideo.
- Amarante, Verónica y Arim, Rodrigo (2005). «Las políticas sociales de protección a la infancia» en *Inversión en la infancia en Uruguay. Análisis del gasto público social: tendencias y desafíos*. UNICEF. Montevideo.
- ANEP (2008). «Balance de dos años de gestión». <http://www.anep.edu.uy/documentos/Balancefinal.pdf>.
- ANEP-CODICEN (2007). «¿Cuán lejos se está de la universalización de la educación inicial?». Dirección Sectorial de Planificación Educativa. Montevideo.
- ANEP (2005). «Panorama de la educación en el Uruguay: Una década de transformaciones. 1992- 2004». Noviembre. Montevideo.
- Balsa, Ana Inés; Ferrés, Daniel; Rossi, Máximo; Triunfo, Patricia (2007). «Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios del adulto mayor montevideano». Universidad de Miami, Universidad de Montevideo y Universidad de la República.
- Batthyány, Karina; Alesina, Lorena; Brunet, Nicolás (2007b). «Género y Cuidados Familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo?». Mayo. Proyecto de Investigación I+D CSIC-Universidad de la República, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y UNFPA. Montevideo.
- Batthyány, Karina; Cabrera, Mariana; Scuro, Lucía (2007a). «Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006: Perspectiva de Género», Informe Temático, Instituto Nacional de Estadística, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mayo. Montevideo.
- Batthyány; Karina (2004). *Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?; una mirada desde el género y la ciudadanía social*. CINTERFOR/OIT. Montevideo.
- Cabella, Wanda (2007). «El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes». Serie divulgación. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Montevideo.
- Cerutti, Ana (2006). «Centros de Atención Integral a la Primera Infancia y la Familia: Una Primera Mirada al Plan CAIF». Documento preparado para la discusión Red Género y Familia. Octubre. Montevideo.
- Folbre, Nancy (2006). «Beyond de Market: accounting for care». International Association for Feminist Economics (IAFFE). July 7-9. Australia.
- Giordano, Carolina (2005). «A 18 años de aprobada la ley No. 16.095, ¿qué políticas a nivel estatal existen en Uruguay para las personas con discapacidad?». Monografía, Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.
- INE (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad*. Informe Final, Montevideo.
- Kaztman, Ruben; Filgueira, Fernando (2001). «Panorama de la infancia y la familia en Uruguay». Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.

- Marco, F. (2007). «El sistema previsional uruguayo desde la perspectiva de la economía del cuidado», ponencia presentada en la Mesa de Trabajo «El aporte del trabajo no remunerado de las mujeres a la economía y la Seguridad Social» en el marco del Diálogo Nacional de Seguridad Social, 3 de octubre. Montevideo.
- Márquez, Martha (2005). «Uruguay: Negociación Colectiva y Equidad de Género» en *América Latina: Negociación colectiva y equidad de género*. Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Pp. 255-296. Santiago de Chile.
- MIDES (2007). «Plan de Equidad». http://www.mides.gub.uy/planes_programas/plan_equidad/
- Pautassi, Laura; Faur, Eleonor; Gherardi, Natalia (2005). «Legislación laboral y género en América Latina. Avances y omisiones» en *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. Seminarios y conferencias N° 46, pp. 111-130. CEPAL. Santiago de Chile.
- Pugliese, Leticia (2007). «Análisis comparado de una selección de programas de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Segunda parte: Programas Sociales». *Comentarios de Seguridad Social Núm.16*, julio-setiembre, pp.137-151. Asesoría General en Seguridad Social, Banco de Previsión Social. Montevideo.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2005). «Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones», Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 7 y 8 de setiembre. CEPAL. Mar del Plata, Argentina.
- Vigorito, Andrea (2005). «Asignaciones familiares, distribución del ingreso y pobreza en Uruguay. Un análisis para el período 2001-2004» en *Asignaciones familiares, pensiones alimenticias y bienestar de la infancia en Uruguay*. UNICEF. Montevideo.

Institucionalidad de género

Su participación en el tema de los cuidados

El Instituto de las Mujeres (Inmujeres), organismo rector de las políticas de género y responsable de su transversalización en las políticas públicas, ha incorporado la temática de los cuidados a sus líneas de acción.

En el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos⁵³ se establecen dos Líneas Estratégicas de Igualdad (LEI 10 y 25) en las que se plantea «desarrollar medidas para que haya una distribución más equitativa de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres» y erradicar «las discriminaciones de género en el sistema de Seguridad Social contemplando las diferentes situaciones de hombres y mujeres en la vida familiar y laboral».

La incorporación de estas dos líneas estratégicas es considerada por la titular de dicha institución como un avance importante ya que fija un marco normativo a toda la política pública en la medida que expresa un compromiso del Poder Ejecutivo y del gobierno en su conjunto con la equidad de género.

Desde el Instituto se han priorizado dos aspectos: el primero, que busca aportar a través de la generación de conocimientos para lo cual se articulan esfuerzos con la Universidad de la República, el Instituto de Estadística (INE) y la sociedad civil y, el segundo aspecto, que refiere a la incidencia política. En relación a esto último la institucionalidad de género busca incidir en los decisores de política a través de la transversalización de estos temas en los diversos sectores.

En este sentido se viene trabajando, junto con el Ministerio de Trabajo, en la conformación de un mecanismo de género que efectivamente pueda incorporar estos temas en la definición de sus políticas.

En relación al tema de los cuidados, el Instituto de las Mujeres (Inmujeres) ha participado en discusiones sobre Seguridad Social intentando hacer visible el papel que juega el trabajo no remunerado de las mujeres en la economía, las repercusiones que tiene en la vida de las propias mujeres y la necesidad de su reconocimiento por la Seguridad Social.

53 Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, Políticas públicas hacia las mujeres 2007-2010 /Uruguay, 2007. INAMU. MIDES.

En palabras de su actual directora Carmen Beramendi,

Estamos asistiendo como país a una transformación muy importante en lo que tiene que ver con el Sistema de Seguridad Social, participando de un diálogo en Seguridad Social, donde organismos públicos como la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Ministerio de Desarrollo Social, el Banco de Previsión Social, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud Pública, a través de una Comisión Sectorial de Seguridad Social, han promovido durante todo el año 2007 un espacio de diálogo.

A través de la misma Comisión de Seguridad Social, el Inmujeres, junto con otras reparticiones del Estado, ha elaborado un proyecto de flexibilización de las jubilaciones a través del cual se propone disminuir el tiempo de aportes de las mujeres de 35 a 30 años al cual se le agregaría una disminución de un año de aporte por cada hijo, hasta un máximo de cinco.

Este proyecto es reconocido como polémico por la propia titular ya que como medida aislada estaría contribuyendo a legitimar y fortalecer los roles femeninos tradicionales. Sin embargo, expone algunas de las razones que fundamentarían su presentación de la siguiente manera:

[...] Creemos que es un primer paso en el reconocimiento del trabajo no remunerado y que congelaría los roles si no formara parte de otras medidas que deben apuntar a la corresponsabilidad [...] Hay otras medidas que se están alentando desde iniciativas parciales como las licencias parentales [...] En el MIDES se acaba de implantar las licencias por enfermedad de dependientes para hombres y mujeres que se extiende a diez días por año. También aporta la extensión de cobertura de los centros CAIF.

Las acciones que se están implementando son fragmentadas, algunas de ellas contradictorias, pero señalan el comienzo de un proceso que es necesario enriquecer y direccionar.

Acciones del Banco de Previsión Social (BPS)

- El BPS ha venido trabajando con un Grupo Interinstitucional para la definición de una política del Adulto Mayor que aún no ha concluido su misión.
- En el BPS se están realizando investigaciones, relevamiento de recursos y haciendo propuestas desde distintas áreas. Hay algunas propuestas de articulación de servicios públicos y privados, pero éstas están en discusión y aún no hay una definición institucional de hacia dónde debe dirigirse una política de cuidados.

Debate y comentarios

Propuestas y estrategias

En este acápite se han recogido los principales aspectos del rico y complejo debate que se generó a raíz de las exposiciones anteriores. Si bien el déficit de cuidados es un hecho que comienza a ser aceptado progresivamente como una realidad ineludible por diversos sectores de la sociedad, las propuestas para abordarlo y buscar soluciones traslucen concepciones diferentes que es necesario identificar y analizar a fin de que las políticas que se implementen tengan el mayor grado de coherencia posible.

Durante el debate se identificaron algunas dimensiones frente a las cuales existen acuerdos, otras generan interrogantes, en otros casos posiciones diferentes y a veces encontradas. A continuación reseñamos los aspectos que fueron ampliamente compartidos:

- Existe un *déficit* importante de cuidados en la actualidad y se prevé su incremento en el futuro por lo cual es urgente buscar soluciones.
- Este déficit de cuidados abarca todas las etapas de la vida y se debe pensar en soluciones que abarquen al conjunto de necesidades. No se trata de un sistema de cuidados para la tercera edad o para las personas discapacitadas exclusivamente.
- Los cuidados deben ser considerados como un *derecho*. En tanto tal deben ser ejercidos en igualdad de condiciones por todos los ciudadanos y ciudadanas independientemente de su capacidad adquisitiva, raza, etnia, género, lugar de residencia, etcétera.
- Los cuidados refieren a *dos tipos de derechos*: el derecho de los ciudadanos/as a ser cuidados y el derecho de quien cuida a ser reconocido/a como trabajador y a cuidar en condiciones dignas.
- Los cuidados de las personas dependientes no pueden seguir siendo una responsabilidad casi exclusiva de las familias y se requiere una mayor participación de los otros actores que contribuyen al bienestar social.
- El Estado debe garantizar estos derechos y ser la entidad rectora de las políticas sociales en general y de las de cuidado en particular.
- Una política de cuidados requiere de la participación del Estado, del mercado, de las familias y de la comunidad.
- Estas soluciones deben promover una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres.
- La realización de los cuidados constituye un trabajo y esta actividad debe reconocerse en tanto tal, generando los derechos y responsabilidades correspondientes.

A partir de estos acuerdos básicos la discusión estuvo dirigida fundamentalmente a analizar la viabilidad de una política y de un sistema nacional integrado de cuidados y las estrategias que permitirían avanzar en la construcción de ambas.

Marco referencial

Las políticas de cuidados —si bien tienen cierto grado de autonomía— deberían analizarse y formularse en coherencia con las políticas de población y las de protección social, para contribuir sinérgicamente al bienestar.

Políticas de población

La magnitud de las necesidades de cuidados son en buena medida producto de las transformaciones demográficas que el Uruguay —al igual que otros países— está experimentando como producto de la segunda transición demográfica. Los efectos de esta transición rebasan el problema de los cuidados, pero la discusión de las políticas de cuidados tendría que ser coherente con otras dimensiones incluidas en las políticas de población: migración, fecundidad, etcétera.

Sistema de protección social y sistema de cuidados

Un sistema de cuidados debe concebirse como parte de un sistema de protección social más amplio que abarque todas aquellas políticas que apunten a proteger a los ciudadanos en situaciones de vulnerabilidad producida por diferentes factores y a lo largo de toda la vida.

Existen diferentes modelos de protección social que implican visiones disímiles de los roles que deben desempeñar el Estado, el mercado, las familias y la comunidad y de la distribución de responsabilidades entre ellos. Estas diversas concepciones remiten a visiones globales sobre la sociedad y su devenir y apuntan a utopías diferentes.

Se analizaron de modo sucinto los modelos de protección social más extendidos, especialmente en Europa:

1. El *modelo nórdico* caracterizado por una fuerte responsabilidad estatal, financiamiento fundamentalmente a través de la vía impositiva y universalidad de las prestaciones. Este modelo descansa sobre una concepción de los cuidados como un derecho ciudadano y por lo tanto debe ser atendido de manera universal y equitativa.
2. El *modelo de protección social de Europa Central* basado en la Seguridad Social, lo que implica un financiamiento contributivo y prestaciones diferenciales entre contribuyentes y no contribuyentes según su capacidad de aporte. La participación del Estado es importante aunque no es un sistema de protección equitativo ni universal.
3. El *modelo asistencialista* de los países menos desarrollados del sur de Europa en el cual existen algunas políticas y acciones destinadas a los sectores más carenciados, y el resto de la población hace uso de recursos familiares y de mercado para cubrir sus necesidades. La acción del Estado es subsidiaria y responde a una concepción de beneficencia.

En Uruguay coexisten de hecho políticas de protección social que responden a estas diferentes lógicas lo que redundó en servicios parciales, fragmentados y de cobertura insuficiente en cantidad y calidad. La discusión sobre el sistema de protección social, su diseño y orientación aún se está procesando en el país. Sin embargo, por la envergadura de su impacto en la vida cotidiana, se requiere de un debate nacional que contemple las necesidades y las propuestas de la propia población. El modelo de protección social que el país defina constituirá el marco ideológico/conceptual, institucional y financiero de un futuro sistema nacional de cuidados.

A partir de estas consideraciones generales sobre el sistema de protección social y sin pretender abordar exhaustivamente su análisis, se debatieron algunos aspectos que preocupaban a los participantes en dirección a la construcción de un sistema nacional de cuidados.

Temas de debate

¿Cuidados para quiénes?

Los seres humanos requerimos cuidados de distinta especie e intensidad a lo largo de la vida especialmente en los dos extremos de ella: primera infancia y vejez. También requieren cuidados aquellas personas que por discapacidad física o mental no pueden valerse por sí mismas.

A lo largo del debate se fueron planteando diversos argumentos para fundamentar la necesidad de incluir a la primera infancia en un sistema de cuidados, a diferencia de lo que sucedió en España con la ley de Dependencia que sólo incluye a la tercera edad y a personas discapacitadas.

A saber:

- La primera infancia es un período sustantivo para el desarrollo de capacidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales.
- Los programas de cuidados a la primera infancia sólo atienden a un 14% de los niños de 1 a 3 años y la mitad de estos servicios son accesibles solo para aquellas familias que disponen de medios económicos para comprarlos. Esta situación nos habla de una muy baja cobertura y de una muy importante falta de equidad.
- Las más altas tasas de pobreza se concentran en la infancia haciéndola más vulnerable y mermando las posibilidades personales de desarrollo físico, intelectual y social.
- Las transformaciones familiares y la complejización de los roles femeninos limitan las posibilidades de cuidado intrafamiliar.
- El trabajo doméstico y el cuidado de los niños constituyen un freno

distorsionador del desarrollo laboral y profesional de las mujeres en edad fértil y merma su aporte al desarrollo económico y social.

- La actual estructura de cuidados de la primera infancia, basada casi exclusivamente en el trabajo femenino no remunerado, limita la autonomía de las mujeres y les dificulta el ejercicio de sus propios derechos (acceso a la educación, al trabajo, a la recreación, etcétera).

Es preciso aclarar que el planteo de incluir primera infancia en un futuro sistema de cuidados no excluye ni invalida la incorporación del sector de tercera edad y otros sectores de población que experimentan una situación de dependencia. Se pretende tener una visión del universo de personas que requieren cuidados para poder establecer políticas equitativas.

Desfamiliarización de los cuidados

La desfamiliarización de los cuidados nos remite a aquellos procesos a través de los cuales los cuidados son realizados no sólo por las familias sino que intervienen otros actores tales como el Estado, el mercado y la comunidad. La desfamiliarización de los cuidados, tal como se planteó en las ponencias, responde a la imposibilidad de las familias actuales de poder cubrir por sí mismas las necesidades de cuidados de sus miembros. Esta mayor participación de actores extrafamiliares en los cuidados se estructura de maneras muy distintas en los diversos países y constituye un elemento esencial a considerar en el diseño de un sistema nacional de cuidados.

En Uruguay los procesos de desfamiliarización de los cuidados están ocurriendo desde ya hace algún tiempo de manera imperceptible para la mayor parte de la población y para el propio Estado. El gran crecimiento de los servicios privados de acompañantes en caso de enfermedad responde a ese proceso, como asimismo el crecimiento de instituciones privadas para cuidar de personas de tercera edad. El mercado ha venido ocupando un espacio importante que no está claramente regulado y controlado, pero que soluciona parcialmente las necesidades de las familias que pueden comprar los servicios, lo que genera y amplifica la desigualdad social.

Los procesos de desfamiliarización nos remiten necesariamente a reconsiderar el papel del Estado, sus funciones y su relación con los otros actores. La construcción de un sistema nacional de cuidados requiere de una definición clara de los lugares respectivos y de las formas de interacción de los distintos actores en el sistema. Estas definiciones deben contemplar las creencias, idiosincrasia y expectativas de la población ya que estos aspectos condicionan la aceptación o no de los servicios.

En el debate se analizaron y discutieron algunos de los factores que podrían estar influyendo en el creciente desarrollo de los servicios de

acompañantes como forma de respuesta a concepciones del cuidado centradas en las familias. Contratar a un acompañante mantiene el control del cuidado en la familia que compra estos servicios. La delegación de funciones del familiar es temporal, la relación entre la familia y el/la acompañante es muy directa y la persona que contrata el servicio puede darlo por terminado de manera relativamente fácil. Estas características de los servicios de acompañantes hacen que el proceso de desfamiliarización se invisibilice para las familias que sienten que continúan a cargo de la persona dependiente.

No sucede lo mismo cuando los servicios de cuidados son prestados por instituciones públicas en las cuales no hay un vínculo personal fuerte entre la familia, la persona dependiente y la persona que proporciona los cuidados. En estos casos el control familiar se hace más tenue y muchas personas sienten que están renunciando a cumplir con sus responsabilidades.

La gente que cuida lo que pide es que «se los ayude» a realizar su tarea: hospitales de día, recreación, apoyo en el hogar, etcétera, que les permita tener un mayor grado de autonomía respecto de la persona dependiente de modo que puedan recuperar incluso la intensidad del afecto que muchas veces se pierde cuando alguien queda reducido a ese mundo de cuidado agotador en solitario.

Por otra parte, se plantea que mantener el control del cuidado a través de la contratación de servicios en el mercado implica una tarea compleja de gestión para la familia, para encontrar y articular esos recursos, además de que los servicios que en este momento se ofrecen en el mercado no cubren todas las tareas, lo que implica mayor trabajo para el familiar.

La desfamiliarización a través de servicios públicos podría contribuir a una mejor y más equitativa distribución de los servicios en la población. Sin embargo, en el debate se expresa la desconfianza en que estos servicios puedan ser adecuados y de buena calidad y no se constituyan en instituciones asilares. Por otra parte se sostiene que en la medida en que los servicios públicos tengan una calidad aceptable, la desconfianza irá cediendo lugar a visiones más positivas de los servicios públicos.

La definición de los tipos de servicios a ofrecer requiere necesariamente de un mejor conocimiento y análisis de las necesidades y demandas de cuidados de la población no sólo en cantidad sino también en la calidad y forma de proporcionar el servicio. Se plantea además que probablemente exista diversidad de las demandas de acuerdo a variables socioeconómicas y culturales.

Cuidados, ideología y cultura

La concepción de los cuidados, cómo y quiénes deben realizarlos está fuertemente teñida por la visión que se tenga de la familia, de los roles masculinos y femeninos y de los vínculos familiares. Es preciso tener claro que desarrollar un sistema de cuidados con perspectiva de género pone en cuestión aspectos culturales e ideológicos muy acendrados en sectores de la población, lo que generará resistencia o alguna mayor dificultad en la aceptación de las propuestas. Trabajar sobre los cuidados exige un importante proceso de sensibilización en el cual además de la información adecuada deben incluirse aspectos subjetivos que posibiliten lograr una comunicación más adecuada.

Corresponsabilidad entre hombres y mujeres

Los estudios de uso del tiempo muestran con contundencia la baja participación masculina en los cuidados. Durante el debate se planteó que esta ausencia no solo nos remite a la falta de «responsabilidad» de los hombres en la crianza y en el cuidado de adultos mayores, sino también a la omisión masculina en los aspectos económicos y logísticos. «Somos con frecuencia las mujeres las que nos hacemos cargo de pagar con nuestros propios recursos los servicios que delegamos a otras personas», a lo cual agregan otras voces: «Somos las mujeres las que tenemos que encontrar las soluciones cuando no podemos cuidar nosotras mismas».

La división sexual del trabajo es un elemento fundamental en el sostenimiento de las inequidades de género en la sociedad. Este aspecto ha sido soslayado sistemáticamente por las políticas públicas las que al no asumirlo como problema se constituyen en reforzadoras de las inequidades de género. Incluso políticas de carácter universal y que buscan la equidad social y económica, al no parar mientes en las inequidades de género contribuyen a mantener y reforzar esta situación. Por lo tanto una política de cuidados no debe plantearse como «una ayuda para que las mujeres lo hagan mejor», sino como un instrumento que promueva la corresponsabilidad entre hombres y mujeres.

Este no es un tema de fácil solución ya que está enraizado fuertemente en la cultura y en la organización social y familiar, pero debería constituir un objetivo para el propio sistema de cuidados, no sólo en términos de una mayor equidad entre los géneros sino en función de mejorar la eficiencia y eficacia del propio sistema.

Políticas sociales, ¿gasto o inversión?

El financiamiento constituye un tema sustantivo en la discusión de las políticas sociales y habitualmente es un escollo importante a salvar cuando se pretende desarrollar nuevas acciones. Frente a este tema se planteó el viejo dilema de considerarlas como *gasto* o *inversión*. Tradicio-

nalmente han sido consideradas como un gasto y por lo tanto analizadas a la luz de las posibilidades del Estado de incrementar el gasto fiscal, de su oportunidad e impacto versus otras políticas sociales en desarrollo.

Si bien cualquier política que se implemente requiere recursos financieros nuevos, durante la discusión surgieron varias voces que mostraron el potencial de las políticas sociales como generadoras de riqueza vía empleo decente, creación de servicios, incorporación de tecnología, hechos que producirían crecimiento económico y un retorno monetario al Estado, amén de los ahorros que se generarían por un uso más adecuado de los recursos existentes. Se colocó como ejemplo la creación de centros de día o incluso de residencias cuyo valor/ día es muy inferior al de una cama hospitalaria, recurso que se usa en la actualidad para atender a muchos pacientes que no están en condiciones de ser atendidos en sus domicilios. Atendiendo a estas razones, el desarrollo de las políticas sociales, además de responder a un imperativo ético, contribuiría al desarrollo económico y social y, por lo tanto, debería considerarse una inversión.

Financiamiento del sistema

Hubo un amplio reconocimiento que este es un punto central a dilucidar y asegurar para la sustentabilidad de cualquier propuesta de política. El financiamiento constituye uno de los puntos álgidos de la discusión política ya que a través de él se materializan concepciones más globales que expresan las reales prioridades de un gobierno.

El planteamiento mayoritario fue desvincular los aportes de las prestaciones de modo de asegurar una canasta básica de servicios para todos los ciudadanos independientemente de su capacidad económica, de manera de hacer realidad el principio de equidad.

Esto implica una modificación importante de la forma de concebir la Seguridad Social y la necesidad de acordar social y políticamente la universalización de las prestaciones y sus formas de financiamiento. En la discusión de la Mesa de Diálogo primó la idea de que el financiamiento del sistema debería ser mixto (impuestos, Seguridad Social, privados) pero los servicios básicos deberían ser iguales para todos los ciudadanos. Existe un conocimiento insuficiente de cuánto se gasta en cuidados en la actualidad; hay datos parciales de los gastos públicos institucionales del sector público, pero se desconoce cuánto gastan las familias comprando servicios en el mercado (gastos de bolsillo).

¿Prestaciones económicas o servicios?

Como ya se planteó con anterioridad, la ley española privilegió generar servicios de cuidados sobre las prestaciones económicas, las que se otorgan en situaciones de excepción. En Uruguay se hace necesario

discutir y acordar cuáles serían las alternativas deseables y posibles. A lo largo de la discusión, sin embargo, se argumentó a favor de colocar el énfasis en el desarrollo de servicios porque estos generan empleo, calificación de las personas que brindan los servicios y posibilitan que las mujeres puedan delegar en ellos parte de sus tareas de cuidados aliviando su sobrecarga de trabajo. Esto implica desarrollar una infraestructura de servicios en todo el país hasta ahora claramente insuficiente y promover la desfamiliarización de ciertos cuidados.

¿Quiénes y cómo se toman las decisiones?

Durante el diálogo se expresó reiteradamente la preocupación por quiénes y cómo se define una política de cuidados. Quienes participan definen, de alguna manera, los problemas y sus posibles soluciones así como también los criterios para determinar el tipo de prestaciones y sus formas de asignación a las personas.

En el debate se planteó la desconfianza frente a las decisiones tomadas exclusivamente con criterios técnicos y se presentaron como ejemplos experiencias frustrantes en que se privilegiaron criterios que no reflejan lo que la gente quería. En relación al tema de los cuidados se conjugan aspectos que tienen que ver con sensibilidades, pautas culturales e idiosincrasias que deben ser tomadas en cuenta tanto en la formulación de políticas como en su evaluación.

Por otra parte existen aspectos del cuidado en los que deben intervenir criterios y conocimientos técnicos que aseguren la concreción de objetivos globales como la equidad en el acceso, la compatibilidad con otros aspectos del desarrollo o el cálculo de los requerimientos en recursos, lo que implica necesariamente la participación de los sectores técnico-políticos en la toma de decisiones.

Se debería tender a construir y mantener espacios de diálogo entre los distintos actores sociales ya que estas políticas son de largo aliento y requieren de un apoyo sostenido en el tiempo.

¿Cuál es el lugar del voluntariado?

Otro aspecto de la participación que generó debate es el referido al trabajo voluntario. Sabemos que hay una parte de los cuidados que se realizan de manera honoraria a través de diferentes organizaciones sociales que se dedican a atender diversos tipos de situaciones de dependencia, cuyo aporte es importante dada la insuficiencia de los recursos que destina el Estado a estos problemas. Mantener o promover el voluntariado contribuiría a aumentar los recursos de cuidados y a bajar costos. Sin embargo, existe el riesgo de que estas actividades voluntarias mantengan la concepción filantrópica de los cuidados en la población y refuerce los roles de género tradicionales ya que gran parte de los voluntarios son mujeres.

¿Qué institucionalidad queremos?

Existen en la actualidad diversas instituciones que prestan servicios de cuidados y que se ubican en el sector público y en el sector privado. En el sector público están situadas en distintos ministerios, los servicios que brindan son de complejidad y calidad diversa y responden a concepciones y lógicas disímiles entre sí. Esto se refleja en una escasa coordinación en las políticas y acciones. La misma diversidad y desconexión existe en el sector privado. Esta situación de fragmentación debería ser superada por un sistema de cuidados que permitiera incluir a los distintos prestadores de servicios bajo una lógica común.

Este es un tema central en el diseño de un sistema de cuidados. A lo largo del debate fueron estableciéndose algunas de las dimensiones que deberían caracterizar a esa institucionalidad.

- Lógica o filosofía única.
- Pluralidad de proveedores. Deberían estar incluidos proveedores públicos, privados y comunitarios.
- Estado garante y rector de las políticas. En este momento tanto el sector público como el privado tienen muy escasa regulación. Hay que avanzar en conceptualizar el papel de la regulación, de la habilitación, del monitoreo y de la evaluación para poder tener control sobre los diversos procesos y para que estos tengan un poder auto-correctivo.
- Conformación del sistema por etapas. El punto de partida es muy deficitario y se requiere tiempo para ir definiendo los problemas y sobre todo encontrando los recursos financieros, edificios y humanos para cubrir todas las necesidades.
- Criterios claros para definir las prioridades en cuanto a la población a servir, a los problemas a cubrir, a los tipos de servicios, etcétera.
- Importancia del territorio para lo cual el sistema previsto debería contemplar una red descentralizada de servicios que posibilitara un mejor conocimiento de las necesidades y estructurar una organización acorde con las características locales.

¿Cómo asegurar el derecho a ser cuidado/da con equidad?

Paquete básico y paquete adicional

Para hacer efectivo el derecho a ser cuidado con equidad en un mundo con diversidad de ofertas, debe existir una prestación básica para todos los ciudadanos/as a la cual puedan acceder todos por igual. Esto implica definir un paquete básico de servicios según tipo de necesidad y gravedad que deben ser calificadas de la misma manera en todo el país. La experiencia española de definir e implementar baremos parece muy

atendible pero coloca sobre el tapete la necesidad de crearlos y/o ajustarlos para Uruguay y crear la red institucional que permita aplicarlos.

Junto con esto, las personas podrán acceder a otros servicios dependiendo de su capacidad de pago. Estos servicios adicionales también deben ser evaluados y controlados por el Estado.

Reconocimiento de las tareas de cuidados

Si bien hay acuerdo en la necesidad de reconocer las tareas de cuidados como un trabajo, también es cierto que no existe consenso sobre cuáles serían las medidas más adecuadas para lograrlo. En Uruguay, como en otros países, hay una disputa entre quienes plantean que debería recompensarse a través de alguna transferencia de recursos (salario, protección social, jubilación anticipada) y aquellos que plantean que estas medidas contribuyen a mantener la división sexual del trabajo y el lugar de discriminación de las mujeres. Este es un tema altamente polémico que amerita mayor discusión con los colectivos de mujeres y de cuidadores/as y que requiere definir acciones diferenciadas en el tiempo (medidas de corto y mediano plazo).

Profesionalización de las tareas de cuidados

Los cuidados, especialmente aquellos dirigidos a personas con importantes problemas de salud y discapacidades deberían ser efectuados por quienes tuvieran un entrenamiento adecuado para realizarlos. Suponer que las mujeres por el mero hecho de serlo están capacitadas para cuidar constituye un error ampliamente difundido que debe desmitificarse y proporcionar a cuidadoras y cuidadores los conocimientos y habilidades necesarios para realizar su tarea. Si se piensa en la conformación de un sistema de cuidados se necesitaría desarrollar la capacitación de los recursos humanos y la profesionalización de algunos de ellos.

Formación y capacitación de recursos humanos para gestionar el sistema de cuidados

Una parte significativa de la viabilidad del sistema de cuidados descansa en una gestión adecuada y eficiente. Se requiere iniciar un proceso de capacitación de los recursos humanos para realizar las tareas de monitoreo, evaluación y control del sistema y diseñar metodologías que permitan implementarlas.

Estrategias para colocar el tema de los cuidados en la agenda pública

Consideraciones generales

- Los cuidados son un tema que recién comienza a debatirse públicamente y se requiere desarrollar un proceso para colocarlo en la agenda pública.
- Una agenda pública se construye con múltiples miradas. La participación de los distintos actores sociales involucrados en el problema debe estar presente en la construcción del problema y en su colocación en la agenda pública. *No se trata sólo de recursos económicos, materiales y financieros [...], sino de personas con visiones e intereses distintos.*
- Hay un camino recorrido que no debe desecharse, no se parte de cero. Desde el punto de vista legal, tal como se expuso más arriba, el Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD) incluye a los cuidados en sus lineamientos estratégicos lo que define ya un marco nacional de legitimación del tema. Asimismo, Uruguay participó de la discusión y firmó el Consenso de Quito a través del cual el país se compromete a reconocer «el valor social y económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres, del cuidado como un asunto público que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias, y la necesidad de promover la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar».
- Existen servicios y programas públicos y privados a través de los cuales se están desarrollando acciones de cuidados.
- Hay un conocimiento acumulado sobre el tema no suficientemente sistematizado que debe ampliarse, pero que constituye una base valiosa sobre la cual continuar avanzando.

Incidencia política

- Incrementar la visibilidad social del problema y construir argumentos sólidos que fundamenten la propuesta de un Sistema Nacional de Cuidados.
- Multiplicar los ámbitos de debate para contribuir a visibilizar el problema que incluya a los prestadores públicos y privados y a otros sectores tales como trabajadores, usuarios, organizaciones sociales. El tema de los cuidados no puede ser resuelto sectorialmente ni sólo por las instituciones.

- Fortalecer y ampliar la base social para que los diversos actores involucrados puedan tener mayor incidencia política.
- Intensificar la participación del movimiento de mujeres en el debate y la elaboración de propuestas para la construcción de un sistema nacional de cuidados.
- Identificar y comprometer a actores dentro del Poder Ejecutivo para impulsar y ampliar el debate.
- Comprometer a miembros del Poder Legislativo para la elaboración de una ley que legitime la creación, financiamiento y formas de funcionamiento de un sistema nacional integrado de cuidados y asegure su perdurabilidad en el tiempo.
- Dialogar con los partidos políticos, especialmente con las personas encargadas de la elaboración programática para que el tema de los cuidados sea incorporado en sus plataformas.

Generación y sistematización de conocimientos

Para incidir políticamente se requieren argumentos sólidos que permitan sostener las propuestas y puedan contrarrestar los argumentos de quienes tienen opiniones en contrario.

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de la situación de los cuidados. Sin embargo se requiere profundizar en los ya existentes y generar nuevos para lograr incidir políticamente en quienes toman decisiones y tener suficiente información para elaborar propuestas más concretas. Durante el debate se insistió en la importancia de la generación de conocimiento como un elemento estratégico para la incidencia política. Se propuso la elaboración de un Libro Blanco uruguayo y se plantearon algunos temas que deberían incluirse en una agenda de investigación.

- Dimensionar los costos económicos y sociales que implica mantener la actual situación de los cuidados.
- Calcular el gasto de bolsillo en cuidados que son los gastos que realizan las familias. Hipotéticamente estos gastos son importantes pero quedan invisibilizados a nivel social y político. Es necesario poder calcularlos ya que constituye un argumento poderoso en la tarea de incidencia política.
- Identificar con mayor precisión las necesidades de cuidados desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, su distribución en el territorio nacional y por distintos segmentos sociales.
- Identificar cuáles son las expectativas de la población para solucionar las necesidades de cuidados diferenciándolas por distintos segmentos sociales y según su ubicación en el territorio.

- Identificar más claramente la oferta de servicios avanzando en un diagnóstico institucional, organizacional, presupuestal y financiero de los servicios existentes que permita saber con mayor precisión cuáles son las posibilidades y restricciones para avanzar hacia la universalización de las prestaciones.
- Diagnosticar la situación económica, laboral y de salud y de calidad de vida de los/as cuidadores/as.
- Identificar los cuellos de botella que deberían ser superados para la implementación de un sistema de cuidados.
- Impactos posibles de una política de cuidados en la generación de empleo y en su formalización.
- Dimensionamiento de la recuperación de los costos de las políticas de cuidados.
- Costo de oportunidad de las mujeres por dedicarse al cuidado de familiares dependientes.
- Impacto posible de un sistema de cuidados sobre la autonomía y ejercicio de derechos ciudadanos de las mujeres.

Sensibilización de la población

La implementación de un sistema nacional de cuidados debe tener amplia aceptación de los usuarios y esta propuesta implica algunos cambios que afectan a las creencias e ideologías más tradicionales respecto de la división sexual del trabajo de cuidados, cuestiona el sobreinvolucramiento de las familias y de las mujeres en los cuidados y promueve la desfamiliarización de estos a través de una participación más activa y responsable del Estado, del mercado y de la comunidad. La implementación de estas transformaciones debe ser acompañada de campañas de sensibilización que faciliten la introducción de los cambios anteriormente señalados.

Solicitud a la Bancada femenina

Los participantes de esta Mesa de Diálogo, convencidos de la necesidad de promover la incorporación del tema de los cuidados en la agenda pública elaboraron un documento dirigido a la Bancada femenina del Poder Legislativo, que la Red difundió posteriormente entre organizaciones y personas de la sociedad civil solicitando su apoyo y cuyo texto incluimos a continuación:

Montevideo, 11 de noviembre de 2008

Sras. Legisladoras
Bancada Bicameral femenina
Presente

Convocadas y convocados a debatir durante un día y medio por la Red Género y Familia en la Mesa de Diálogo Internacional «Sistema de Cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo?», que tuvo lugar el 26 y 27 de agosto de este año, con la presencia de la diputada española Lucila Corral —quien expuso sobre la experiencia de su país con la Ley de Dependencia—, hemos intercambiado prácticas nacionales e internacionales sobre la situación de los cuidados de las personas dependientes y concluido en la necesidad de que se conforme un sistema nacional de cuidados y se legisle sobre ello.

Consideramos que los cuidados deben constituir un derecho cuyo ejercicio dignifique a las personas dependientes y coloque en un plano de igualdad a todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, étnica, de género y residencia.

Simultáneamente, un sistema de cuidados debe contribuir a desarrollar la corresponsabilidad entre Estado, familias, mercado y comunidad de manera que efectivamente no recaigan estas tareas en exclusividad sobre las mujeres dentro de las familias, promoviendo así una mayor emancipación y participación de éstas en la esfera pública.

Como aparece en los documentos que anexamos, si bien no hay un diagnóstico acabado del problema en Uruguay, hay suficiente información para afirmar que hay una necesidad de cuidados no cubierta que se agravará en el futuro próximo dadas las transformaciones demográficas propias del Uruguay. Por otra parte, las investigaciones existentes muestran que los cuidados son realizados fundamentalmente por las mujeres en las familias, sin remuneración ni cobertura de la Seguridad Social, agobián-

dolas con una gran sobrecarga de trabajo y dejándolas sin protección y aisladas socialmente. Existe una presencia de servicios públicos y privados insuficientes en cantidad y calidad para cubrir la demanda y no existen políticas públicas integrales para atender a las personas que requieren distintos tipos de cuidados.

Entendemos que los cuidados a las personas dependientes deben integrar el sistema de protección social que actualmente se encuentra en proceso de construcción y reforma y que el trabajo de cuidados debe ser visibilizado y reconocida adecuadamente su participación en la generación de riqueza para el país.

Las y los abajo firmantes, miembros de organizaciones de la sociedad civil, académicos e integrantes de distintas dependencias del Estado, solicitamos a la Bancada femenina incorporar este tema en la agenda legislativa habilitando los medios necesarios para ese fin.

Firman:

Asociación de Afiliados de la Caja
de Jubilaciones y Pensiones de
Profesionales Universitarios

Asociación de Asistentes Sociales del
Uruguay (ADASU)

Asociación Vida Independiente

Senadora Mónica Xavier

Senadora Margarita Percovich

Diputada Eleonora Bianchi

Edila Silvia Cabrera Luzardo (San José)

Secretaría de la Mujer de la IMM

Doctora Cristina Grela

Asistente social Lida Blanc

Asistente social Camila Vidal Aradas

Asistente social Marisa Marmisolle

Asistente social Elena Goiriena

Licenciada Margot Vera

Licenciada Carmen Amaral

María Raquel Otero

Graciela Penélope Burlando

Lizzie Langón

Adriana Quintela

Asistente social y Psicóloga Patricia Oberti

Demógrafa Adela Pellegrino

Economista Alma Espino

Licenciada Ana Roca

Doctora Clara Fassler

Doctora Elena Sarli

Doctora Karina Batthyány

Doctora Marcela Chavarini

Asistente social Margarita Dabezies

Licenciada Mirtha Delfino

Asistente social Patricia Hauser

Socióloga Rosario Aguirre

Economista Soledad Salvador

Grupo de Mujeres del Barrio Obelisco

Gabriela Bovio, Red Canarias en
Movimiento

Jenny Escobar, Colectivo Mujeres de
Negro

Estela Retamoso

Alba Aguilar

Doctora Iris Moreno Roca, Comuna
Mujer 11

(Siguen las firmas...)

Anexo 2

Lista de participantes

Aguirre, Rosario
FCS Universidad de la República-
Red Género y Familia

Batthyany, Karina
UNFPA-FCS Universidad de la República-
Red Género y Familia

Beramendi, Carmen
INMUJERES

Bidegain, Nicole
Ciedur

Bonino, María
Ciedur-Red Género y Familia

Bovio, Gabriela
Red Canarias en Movimiento

Calvo, Juan José
UNFPA

Carrasco, Alma
Colegio de Enfermeras del Uruguay

Chavarini, Marcela
Red Género y Familia-CNS

Corbo, Gabriel
PNUD

Corral, Lucila
Diputada PSOE, España

Dabezies, Margarita
Red Género y Familia-CNS

Dabezies, María Elena
Asociación Down del Uruguay

De Marco, Eugenia
MSP

Delfino, Mirtha
Red Género y Familia

Espino, Alma
Ciedur-IGTN

Fassler, Clara
Red Género y Familia-CNS

Fernández Galeano, Miguel
MSP

Fernández, Alma
Pit-Cnt

Goiriena, Elena
Defensor del Vecino

González, Mariana
UNIFEM

Grela, Cristina
MSP

Iervolino, Alejandra
UNIFEM

Jung, Emilie
CINTERFOR/OIT

Lindner, Marisa
INMUJERES

Montero, Lucía
IPES

Pagnotta, Nubia
INE

Pandiani, Ivonne
Comisión Programa FA

Papadóulos, Jorge
BPS

Pellegrino, Adela
FCS, Universidad de la República-
Red Género y Familia

Ponte, Elena
Secretaría de la Mujer
IMM

Radiccioni, Daniel
INMUJERES

Rivas, Florencia
Red Género y Familia

Roca, Ana
Federación Familiares por la Salud
Mental

Rodríguez, Leonor
Red Canarias en Movimiento

Salvador, Soledad
Ciedur-IGTN

Scuro, Lucía
FCS, Universidad de la República-Red
Género y Familia

Sirlin, Claudia
BPS

Sorribas, Milka
Red Canarias en Movimiento-CNS

Steiger, Anita
Comunidad Israelita

Varela, Virginia
PNUD

Vernengo, Adriana
MTSS-DNSS

Se terminó de imprimir en el mes de setiembre de 2009
en Gráfica Don Bosco, Agraciada 3086, Montevideo, Uruguay.
Depósito Legal N.º350 441
Comisión del Papel. Edición amparada al Decreto 218/96