

mesa de diálogo:

Políticas de salud y cuidados

Una mirada desde el género

Clara Fassler

coordinadora



Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República



GENERO y
FAMILIA



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
Uruguay

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 comparten 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.

BENÍTEZ, SILVIA. Licenciada en Educación.

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

CHAVARINI, MARCELA. Abogada. Escribana.

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.

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

género
familia
generaciones



mesa de diálogo:

**Políticas de salud
y cuidados**
Una mirada desde el género

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.

RED GÉNERO Y FAMILIA

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

© 2008, 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 978-9974-32-493-0

Contenido

PRESENTACIÓN	7
¿Por qué hemos elegido este momento para impulsar el diálogo?	8
Queremos	8
<i>Primera mesa de diálogo</i>	
LOS CUIDADOS... ¿QUÉ CUIDADOS?	11
¿Por qué colocar en la agenda pública los cuidados familiares en Salud?	11
Sistema de salud y cuidados. Una relación compleja y no siempre visible	14
Principales dimensiones discutidas	16
<i>Segunda mesa de diálogo</i>	
PROPUESTAS Y SUGERENCIAS	29
A. Consideraciones generales	29
B. Cuidados y salud	29
C. Cuidados e intersectorialidad	31
D. De los cuidadores/as	31
A. SOBRE LAS CONSIDERACIONES GENERALES	32
1. Cuidados: un derecho ciudadano	32
2. Actores participantes. Articulación público/privado. Papel de las políticas públicas	33
3. Articulación público/privada	36
4. Bienestar social y Sistema de cuidados	37
5. Género y cuidados	38
B. SOBRE CUIDADOS Y SALUD	39
C. SOBRE CUIDADOS E INTERSECTORIALIDAD	41
D. SOBRE LOS CUIDADORES/AS	42
OTRAS FACETAS DEL DEBATE	43
Papel del territorio y lo local	43
Aspectos éticos y doctrinarios	44
Participación	45
HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS. ESTRATEGIAS POSIBLES	45

ANEXO 1. Las familias y el sistema de salud	
desde la perspectiva de género, por <i>Rosario Aguirre</i>	49
Introducción.....	49
1. Evolución de las estructuras familiares	
y la relación con el sistema de salud.....	51
2. Los cuidados familiares y sobrecarga del trabajo	
de las mujeres	55
3. Feminización del envejecimiento	
y cuidados familiares de los adultos mayores.....	57
4. Las discapacidades y los cuidados familiares en salud.....	71
5. La oferta institucional de servicios de cuidado	73
6. Lineamientos para promover la generación de	
conocimientos y políticas de cuidados	75
Referencias bibliográficas	78
Anexo estadístico.....	79
ANEXO 2. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer	
de América Latina y el Caribe. CONSENSO DE QUITO	84
ANEXO 3. Listado de participantes	94

Presentación

Los cuidados hacen parte importante del bienestar de las personas dependientes (niños, ancianos, enfermos, discapacitados); constituyen una dimensión central de la Atención a la Salud y abarca todas las fases del proceso de salud-enfermedad, desde la prevención a la rehabilitación.

En Uruguay existen suficientes evidencias que muestran el aumento de los requerimientos de cuidados en general —y especialmente de cuidados de la salud— por incremento del número de personas dependientes. El creciente proceso de envejecimiento de la población implica una mayor demanda de cuidados y la diversificación de los mismos, según el padecimiento y las capacidades residuales de autonomía de las personas.

La otra dimensión a analizar refiere a la disminución del número de cuidadoras en las familias debido a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, a las modificaciones de las estructuras familiares y a las transformaciones de expectativas que las mujeres tienen para sí mismas.

A pesar del incremento y extensión de estas necesidades de cuidados, éstas se vienen resolviendo en las últimas décadas, fundamentalmente, a nivel privado (familias y mercado), con escasa y fragmentaria participación del Estado, lo que da como resultante un déficit de cuidados y un *acceso diferenciado* a los servicios existentes según la capacidad de pago de las personas y /o familias.

Esta conjunción de aumento de necesidades y disminución de la oferta de cuidados intrafamiliares está produciendo un *déficit de cuidados* que implica una disminución del bienestar de las personas en el momento en que más necesitadas están y una sobrecarga de trabajo que recae fundamentalmente en las mujeres.

Desde hace años, la Red Género y Familia ha tratado de hacer visible la importancia de los cuidados familiares en la reproducción social y develar el impacto que tienen en la vida y salud de las mujeres como ancla en los roles tradicionales de género y en la reproducción de la discriminación.

¿Por qué hemos elegido este momento para impulsar el diálogo?

- Porque existe un contexto internacional y nacional favorable. Así en la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe organizada por CEPAL, se acuerda “Formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo”, artículo que forma parte del *Consenso de Quito*, acuerdo al que se llegó en dicha Conferencia (ver Anexo).
- Porque el actual gobierno se ha comprometido a promover el desarrollo buscando la equidad en sus diversas dimensiones y a profundizar la *democracia*. Esta voluntad política se expresa en procesos concretos, como la Reforma de la Educación, la Reforma del Estado, la Reforma de la Salud.

Queremos señalar algunas características de esta Reforma de Salud que nos parecen de suma importancia, porque se basa en una concepción amplia e integral de la *salud*, en tanto concibe a ésta como un *derecho ciudadano*, lo que significa un cambio conceptual de gran importancia, que debemos reconocer como un hecho positivo, pero que implica también un gran desafío para que la sociedad pueda ejercerlo efectivamente.

El sistema de atención previsto se propone brindar progresivamente servicios equitativos, integrales y de buena calidad, y no solamente a multiplicar lo ya existente (no es más de lo mismo); busca cambiar el modelo de atención, colocando el énfasis en la atención primaria.

La Reforma de la Salud abre una ventana de oportunidad para incorporar el problema de los cuidados analizados desde una perspectiva de género.

Nos interesa que esta Reforma y el Sistema Nacional Integrado de Salud producto de ella, incluyan una mirada de género en cada una de sus dimensiones. Sabemos que se está comenzando a implementar una serie de medidas tendientes a materializar esta perspectiva dentro de Salud Pública. Sin embargo, queremos compartir lo que queremos decir con *incluir la perspectiva de género en salud*.

Queremos:

- Que se promuevan acciones que hagan visibles las diferencias entre hombres y mujeres en relación al proceso de salud/enfermedad:

hombres y mujeres nos enfermamos de cosas distintas, padecemos de manera diferente, tenemos biología distintas, contextos ambientales diferentes que nos hacen tener mayores o menores posibilidades de recuperar la salud, o de rehabilitarnos.

- Que se promuevan acciones diferenciales para hombres y mujeres, cuando sea pertinente, para que los derechos a la salud se puedan ejercer con equidad.
- Que hombres y mujeres tengan equidad en el acceso a los servicios de atención médica.
- Que se impulsen acciones que permitan superar las discriminaciones de género a nivel de las propias instituciones de salud, enfatizando la búsqueda de la equidad a través de las políticas de recursos humanos (escalafón, capacitación, salarios, cargos jerárquicos, etcétera).
- Que se capacite a los recursos humanos para promover la equidad entre los géneros.
- Que el Sistema Nacional de Salud incentive conductas y valores de equidad de género en la población promoviendo, por ejemplo, acciones que estimulen una distribución más equitativa de las tareas y las responsabilidades de cuidados entre hombres y mujeres y la no violencia. Las instituciones públicas tienen un papel relevante en la transformación de los valores y prácticas de la población.

La convocatoria a esta Mesa de Diálogo responde a las aspiraciones que la Red tiene de colocar el tema de los cuidados a las personas dependientes en la agenda pública incorporando, desde la fase de diagnóstico del problema la perspectiva de género. Con estos diálogos queremos contribuir a responder al problema de *“cómo mejorar los cuidados a la población, especialmente a la población que más lo necesita, tratando de armonizar el ejercicio de los derechos de las personas dependientes con los derechos de las mujeres”*.

Para ello al igual que en otras ocasiones hemos invitado a autoridades del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo, miembros de la Academia y de organizaciones de la sociedad civil (organizaciones de familiares de pacientes, organizaciones de mujeres) a debatir sobre el tema *“Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género”*.

Dada la importancia y complejidad del mismo se organizaron dos instancias que tuvieron lugar el 4 de junio y el 12 de agosto pasados. La Red seleccionó un conjunto de documentos que fueron proporcionados con anterioridad a la primera Mesa de Diálogo. Esta estuvo encaminada a delimitar mejor el campo de análisis, a establecer algunos elementos conceptuales, a componer un bosquejo del estado de situación tanto en lo que se refiere a la demanda como a la oferta de servicios y a delinear

un conjunto de propuestas para superar la situación existente. Entre una y otra Mesa, la Red sistematizó las propuestas surgidas durante el intercambio y las hizo circular entre los participantes para que sirvieran de insumo para el segundo debate, cuyos objetivos fueron discutir las propuestas, delimitar los puntos de acuerdo y avanzar en el diseño de algunas acciones estratégicas que aumentaran la visibilidad pública del tema de los cuidados en salud con la finalidad de colocarlo en la agenda pública. El objetivo es claro: *avanzar hacia la conformación de un Sistema nacional de cuidados con perspectiva de género en el cual el Sector Salud juega un rol central* y avanzar en el diseño de algunas estrategias que permitan incluir el tema de los cuidados en la agenda pública.

El presente documento es una síntesis apretada y —seguramente— incompleta del rico y vigoroso intercambio entre los participantes de ambas Mesas de Diálogo. Estamos conscientes de las reiteraciones temáticas entre una mesa y otra. Sin embargo, hemos decidido respetar la dinámica del debate para poder compartir más vívidamente aquellos aspectos que ocasionaron mayores interrogantes y posiciones diversas.

Agradecemos las ponencias y participación en las dos Mesas de Diálogo del doctor Miguel Fernández Galeano, Subsecretario de Salud Pública, de Carmen Beramendi, Directora del Instituto de las Mujeres (INMUJERES) y al conjunto de calificados participantes —cuyo listado se anexa—, quienes contribuyeron comprometidamente al debate exponiendo sus opiniones, experiencias y propuestas. Esta publicación es producto de la riqueza, diversidad y complejidad de sus aportes.

Queremos dejar constancia de nuestro reconocimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas por su apoyo sostenido a nuestro trabajo. Asimismo agradecemos a Elena Goiriena por la elaboración de las relatorías de ambas Mesas, documentos que sirvieron de base para la realización de esta publicación y a Marcela Chavarini por su contribución decisiva en la organización de los eventos.

Primera mesa de diálogo

Los cuidados... ¿qué cuidados?

Los cuidados son un componente central en la atención de la salud. Esta no sólo debe abordar la enfermedad en sus distintas fases sino que, sobre todo, debe poder acompañar a las personas que están experimentando una situación de sufrimiento —puntual o prolongado en el tiempo—, efectuando las tareas que no puede realizar por sí misma y procurando su bienestar.

Podemos distinguir dos tipos de cuidados: los *institucionales*, con sus enormes variaciones y especificidades según el problema (pacientes psiquiátricos, celíacos, diabéticos, etcétera) y la complejidad de su abordaje; y por otro lado los cuidados que realizan las *familias*.

Uno de los tópicos en que se centra la discusión de esta Mesa es la relación que existe entre la institución de Salud y las familias, y cómo se puede armonizar o estructurar algún tipo de distribución de responsabilidades y de apoyo mutuo.

¿Por qué colocar en la agenda pública los cuidados familiares en Salud?

La socióloga Rosario Aguirre, en su presentación, enmarcó esta temática, en la que señaló seis razones iniciales:

1. Son básicos para la salud y el bienestar y sin embargo permanecen invisibles y sin valoración social.

“Los cuidados cotidianos son básicos para el cuidado de la salud y el bienestar pero, ¿qué son? Son los que se realizan en los hogares a lo largo de todo el curso de vida, que se prestan en función de relaciones afectivas y de parentesco, como la alimentación, el alojamiento, la limpieza, la compañía, las relaciones sociales. Y en caso de enfermedad, son los servicios domésticos cotidianos, no remunerados, la intermediación entre las personas y el sistema sanitario, el acompañamiento, la aplicación y vigilancia de tratamientos, la gestión de consumo de los Servicios de Salud, las tramitaciones, la adquisición de medicamentos.”

2. Son cada vez más relevantes por el aumento de la demanda de cuidados en nuestras sociedades.

“Hay cada vez más personas que requieren cuidados y esto tiene que ver con el progresivo proceso de envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades. Junto con el aumento de la demanda, se observa una diversificación de ésta, lo cual plantea una mayor exigencia en la prestación de los cuidados para estos tramos etarios. Los datos disponibles a nivel internacional indican que los cuidados de las familias constituyen un sector de prestación de servicios de salud, que supera en mucho el volumen de todas las restantes instituciones sanitarias. Hay cálculos para distintos países; en el caso de Canadá, entre un 85% y un 90% del total de los cuidados prestados son de tipo informal. Es decir, que el porcentaje de cuidados formales, son un porcentaje pequeño en el total de los cuidados que se prestan a nivel societal.”

3. Hay un creciente déficit de cuidados por falta de disponibilidad de personas que cuiden en las familias. Esto se debe a las grandes transformaciones de las estructuras familiares y a las nuevas pautas de relación entre géneros y generaciones.

“No todas las personas viven en hogares-familias, e incluso viene aumentando el índice de los hogares donde viven personas solas o con no-familiares. Existe un incremento —del 19% en 1990 al 23% en 2002— de personas que no están incluidas dentro de un núcleo familiar, en un marco (en que se observa) una clara tendencia de no crecimiento e incluso de disminución de las familias extensas.”

“Hay un déficit de personas que brindan cuidados y esto tiene que ver con la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y a los cambios familiares, socio-demográficos, económicos e ideológicos que conducen a nuevas pautas de relación entre mujeres y varones y entre generaciones. Se han hecho algunos cálculos, teniendo en cuenta proyecciones demográficas, sobre la demanda de cuidados o de cuidadores familiares en el futuro. Karina Batthyány ha hecho un ejercicio para el caso de Uruguay —aplicando una escala, que se llama la escala “Madrid” (que se basa en una escala inglesa y que fue replicada hace poco por CEPAL)— que es una aproximación, todavía un tanto grosera, para la estimación de las demandas de cuidado, pero que nos alerta acerca del volumen de cuidados que vamos a necesitar dentro de no mucho tiempo.”

Cada vez más mujeres en edad reproductiva tienen trabajos remunerados, con una clara evolución entre 1990 y 2003, de tasas de actividad más altas precisamente en los tramos etarios donde hay más responsabilidades familiares.

4. Las personas cuidadoras se distribuyen desigualmente entre mujeres y varones, y esto afecta la equidad de género.

“Los cuidados se distribuyen desigualmente entre mujeres y varones porque persiste la tradicional división de tareas. Aunque las mujeres trabajen para el mercado siguen cumpliendo con estos roles, lo que como consecuencia de la sobrecarga de trabajo trae una disminución de su calidad de vida, sobre todo en los estratos económicos más bajos.”

“La incorporación de los hombres al trabajo no remunerado y a los cuidados, se realiza a un ritmo mucho más lento que la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado. Por los estudios realizados, sabemos que el perfil típico de la persona cuidadora principal, es el de una mujer con una relación de parentesco inmediata y que convive con la persona que cuida.”

“Otro elemento a considerar es que el tiempo es un bien escaso, que está desigualmente repartido entre mujeres y varones. Esta información deriva de una encuesta sobre ‘Usos del tiempo y trabajo no remunerado’ realizada en 2003, que da cuenta de la *carga global de trabajo* (la suma de las horas dedicadas al trabajo no remunerado en el hogar, más las horas de trabajo para el mercado) que es mayor en el caso de las mujeres, para las cuales se acerca a las cincuenta horas, mientras que para los hombres es de cuarenta. Hay una diferencia que si bien no alcanza a diez puntos, es significativa y la diferencia mayor entre ambos radica en la realización del trabajo no remunerado.”

5. Se trata de distribuir y articular las responsabilidades de las instituciones de Salud y las responsabilidades familiares.

“Históricamente, la característica básica del desarrollo de los estados de bienestar ha sido la expansión de los servicios de salud y la atención de las personas dependientes. Efectivamente, se ha producido un proceso de *desfamiliarización* de los cuidados, pero, como resultado de la crisis y de las reformas neo liberales en las últimas décadas, se han dado procesos de *refamiliarización* y de mercantilización de los cuidados. Actualmente, las reformas de los servicios de salud ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio hogar, donde confluyen el sistema institucional y el familiar, con escasa coordinación socio-sanitaria.”

6. Se trata de garantizar el derecho de todas las personas a ser cuidadas. Todos y todas necesitamos ser cuidados —con distintas modalidades e intensidad— y a lo largo de toda la vida.

Deben reconocerse también los derechos de los cuidadores/as a cuidar y a ser reconocidos como tales.

Además de las razones señaladas previamente, existen otros aspectos en los cuales no profundizaremos en esta oportunidad y que justifican la colocación de los cuidados en la agenda pública, tales como la *economía de los cuidados* y el impacto de éstos en el *desarrollo*.

Sistema de salud y cuidados. Una relación compleja y no siempre visible

En su intervención, el subsecretario de Salud Pública, doctor Miguel Fernández Galeano, planteó que se requiere deslindar conceptualmente algunos términos para no entrar en confusiones:

“Hay un cambio cultural que tiene que ver con cómo entender a la salud y cómo superar algunos paradigmas —hospitalocéntricos, nosocomiales, médico-hegemónicos— que creo que subyacen y sobrevuelan a este tema. Hagamos el discurso que hagamos, hoy asociamos la atención médica con la salud, nos guste o no. Hay una parte del discurso sobre cuidados que choca con la idea de que ‘salud es atención médica’. Se le pide entonces a la atención médica, respuestas que no puede dar. Seguimos confundiendo ‘cuidar con curar’ y ‘curar con cuidar’.”

“Tenemos un segundo plano de clivaje complicado porque, en realidad, vamos a un sistema de salud que cada vez tiene que trabajar más sobre la idea de cuidar, y el modelo mercantilizado cada vez va reforzando más la idea de que los fines de la atención a la salud son curar (...) Estas son unas primeras reflexiones, que tienen que ver con ponernos de acuerdo sobre lo que estamos hablando —atención médica, salud, curar, cuidar—; si no desmontamos estos puntos de partida se puede hacer una discusión que puede terminar en cualquier lugar.”

Planteó la necesidad de romper la polaridad *curar/cuidar* para lo cual el Sistema de Salud debe enfrentarse al desafío de incluir los cuidados como un componente de su propio accionar.

“La primera cuestión es que hay un componente muy fuerte de los cuidados que deben ser resueltos por el Sistema de Salud. Esto constituye un desafío muy importante para este Sistema.”

Para lograr esto, los cuidados no deben separarse de las acciones curativas y deben hacer parte del diseño de las políticas de salud.

“El Sistema de Salud debe romper el esquema de que la salud se empieza a cuidar cuando se pasa la frontera, el extramuros de una institución prestadora de servicios de salud.”

“Si el Sistema de Salud tuviera diseños desintitucionalizados (pero soportados y sostenidos por él) esto traería como consecuencia progresos en términos de calidad, de oportunidad, de suficiencia y de sustentabilidad de la atención. Quizás estaríamos incidiendo fuertemente sobre la sobrecarga que tienen las familias en el tema del cuidado. Nos referimos a sistemas de cuidados paliativos, de atención domiciliaria, de casas de medio camino... todo un conjunto de estrategias que el Sistema de Salud puede poner en marcha, resolviendo integralmente (de manera sanitaria, socio-sanitaria y humana) algunos de los graves problemas que tienen los cuidados.”

Expresó, además, que el tema de los cuidados no está incluido efectivamente en la propuesta de cambio de modelo de atención, en que se enfatiza la Atención Primaria de la Salud (APS).

“El Sistema de Salud y su mirada a los cuidados es un tema bastante abandonado en la propuesta de cambio de modelo. A veces pensamos que atención primaria de salud es la atención de primer nivel; decimos que no, (...) pero seguimos pensando que cambio de modelo es primer nivel y (...) cambio de modelo es *un cambio cultural* (...), por lo menos, así lo hemos entendido desde hace muchos años. Mirar a la salud de otra manera (...) es un cambio cultural por parte del proveedor, por parte del prestador y por parte del que demanda la atención del Sistema de Salud.”

Otro aspecto que destacó fue el papel de la *solidaridad intergeneracional* en relación a los cuidados.

“(...) la manera de trabajar, no sólo desde la perspectiva de género, sino también desde la de generaciones, entendiendo la solidaridad intergeneracional como una herramienta desde la cual construir elementos de apoyo a los cuidados.”

En relación a visualizar los cuidados desde una *perspectiva de género*, plantea la necesidad de analizar con detalle la adjudicación de los cuidados a las mujeres.

“(...) creo que es una discusión que tenemos que hacer, de cómo se resolvieron históricamente los cuidados. Porque la familia tradicional siempre tenía alguna víctima responsable de los cuidados, seguro que era mujer, pero seguro que había otros elementos de su contexto psico-social que hacían que esto fuera así.”

Por último, señaló que su planteamiento no significa una restauración del Estado de Bienestar de comienzos del siglo pasado.

“La idea no es restituir el Estado de Bienestar, volver al Estado de Bienestar que dejamos, sino crear un Estado de Bienestar

donde efectivamente (...) el sector salud pueda tener una fuerte incidencia en el tema de los cuidados, una fuerte incidencia si tiene un diseño. Una incidencia que la puede pagar, para decirlo de alguna manera.”

Principales dimensiones discutidas

1. Especialización vs. Integralidad

El avance de la medicina se ha basado en el desarrollo tecnológico que ha implicado una fragmentación del conocimiento médico (especialización). La contracara de este proceso ha sido el empobrecimiento de la relación médico-paciente y de la capacidad de acompañamiento y sostén a la persona enferma.

“Pienso que en el siglo pasado uno hablaba de la relación médico/paciente y ahora uno no tiene un médico delante, tiene una Institución Médica y esto me parece una contradicción estructural a pensar (...) Quien habla de enfermedad tiene que pensar en dos dimensiones y dos ejes, no necesariamente congruentes y complementarios. Pensar al cuerpo como máquina descompuesta estimula a una razón instrumental y al desarrollo de las especialidades —cosa que todos bendecimos y aprobamos—, pero que lleva a una mecanización del encuentro, de la otra dimensión —de la relación médico/paciente— que es la dimensión de la dolencia o del sufrimiento.”

Se señaló que en la actualidad existen contradicciones importantes entre las *concepciones de la práctica* médica hegemónica y la que promueve la Reforma de Salud.

“En este momento, hay una contradicción entre el énfasis que pone el gobierno a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, y la formación de médicos territorializada y fragmentada en campos disímiles.”

Es así que el tratamiento como el alta están *fragmentados* según distintas especializaciones, perdiendo de vista la *integralidad* de la persona. Entre los participantes surge la inquietud de encontrar alternativas a esta situación.

“(...) ¿Dónde buscar la bisagra de articulación entre estas dos dimensiones de la enfermedad: ¿como máquina descompuesta y de la enfermedad como dolencia?, y ¿cómo la resolución de esta contradicción puede incidir en la formación y en la organización asistencial?”

2. Transición demográfica, cuidados y políticas públicas

Existen pruebas contundentes vinculadas al aumento progresivo y sostenido de las necesidades de cuidados por parte de la población de nuestro país. Los análisis demográficos permiten poner en evidencia que el país está atravesando la *segunda transición demográfica*, lo que implica cambios muy importantes en la estructura poblacional y en la modalidad en que la población se organiza para reproducirse:

“(…) desde 1985 al presente, se está procesando con gran velocidad, a diferencia de la anterior transición —la segunda transición demográfica. Está vinculada al progresivo cambio de la estructura de arreglos familiares, la ocurrencia de los nacimientos por fuera de las uniones legales y la divorcialidad creciente. El Uruguay pasó de una estructura poblacional en la cual el peso de los niños y jóvenes era preponderante —era la variable relevante desde el punto de vista de la dependencia demográfica frente al peso de los viejos—, tomando como divisor a la población en edad de trabajar (...), a una estructura en la que progresivamente la dependencia demográfica va a estar situada en el número mayor de viejos y viejas en relación a las personas en edad de trabajar. Estamos en una situación de post transición y de aquí en más lo único esperable es que el proceso de envejecimiento se profundice más y más.”

Esto evidencia la disminución paulatina de la población en edad de trabajar y de producir, que es la que permite solventar y mejorar la calidad de los cuidados en salud, frente a un aumento sostenido de la población que requiere y requerirá de mayores cuidados y en forma permanente.

Otro aspecto vinculado a las transiciones demográficas, y que tiene distintas características según la pertenencia a distintos grupos o clases sociales, es lo que se definió como “*solidaridades familiares en conflicto*”. Frente a los cambios visualizados en la movilidad demográfica

“(…) más allá de la opción por la maternidad y la paternidad tardía, (se) expresa un conflicto que quizás en el pasado no estaba tan presente, en términos que se cumplía con el ciclo reproductivo: se terminaba la crianza de los hijos y luego de la crianza de los hijos, uno se empezaba a preocupar por el cuidado de los mayores. Estos ciclos estaban de alguna manera más ordenados en el tiempo. Hoy, la demora en la opción por la maternidad o la paternidad hacen que se operen —en simultáneo— la necesidad de los cuidados de los hijos junto con el cuidado de los padres o de los abuelos. Los supuestos sobre los que se basan los cuidados —de que la solidaridad está presente, que el cuidado es volunta-

rio y que es a tiempo completo— no sólo se ve distorsionado por la realidad de la participación femenina dentro del mercado laboral, sino que además se ve alterado por las mayores demandas de cuidados de manera simultánea dentro del contexto familiar. Las demandas de cuidado se dan a dos puntas, con las personas menores y con las mayores.”

La diversidad de respuestas a esta simultaneidad de exigencias de cuidados están vinculadas, entre otras cosas, a las *posibilidades adquisitivas* de las familias, las que permiten o no la contratación de servicios especiales de atención a la salud y de cuidados.

Otro elemento a tomar en cuenta son las *transformaciones de los arreglos familiares* y el aumento de los hogares monoparentales de jefatura femenina.

“Tenemos además un importante número de jefaturas femeninas (...) Creo que este dato no es menor (...) Si esas jefaturas femeninas además son en hogares en los cuales el resto son menores, o mayores con algún tipo de enfermedad, la delegación ahí no es fácil. No se puede solucionar las necesidades de cuidado sólo exigiendo un mayor involucramiento del resto del entorno familiar. Y por eso creo, que (los cuidados) tienen un componente institucional y un componente comunitario, cuya base podrá ser los diferentes tipos de familia, pero que debemos de verlo simultáneamente en un desarrollo que nos permita ir llenando algunos de estos huecos. Son situaciones muy difíciles de resolver para quien tiene que soportar muchas cargas (...) es imposible que una persona sola las pueda sostener.”

Las transformaciones demográficas requieren de una *actualización* en el diseño de las *políticas públicas*, no solamente de las de salud —aunque sí sea el punto central—, sino también las de educación, las de seguridad social, las económicas y las políticas generales de Planificación y Presupuesto. No es posible pensar una política de cuidados integral que radique sólo en la participación y accionar del Sector Salud, dada la multiplicidad de demandas y problemas que surgen de esta transición demográfica.

Como consecuencia de estas transformaciones, se hace necesario redistribuir las responsabilidades de cuidado entre el Estado, el Mercado, la Comunidad y las Familias.

3. Sistema doméstico de Atención de la salud

La discusión sobre los cuidados permitió introducir diversas facetas en el análisis de los mismos que, si bien parecen acrecentar la complejidad de la temática, en realidad agregan visibilidad a distintos aspectos

habitualmente soslayados. Esta complejización permite enriquecer la construcción argumentativa sobre las competencias, responsabilidades y posibilidades que tienen los distintos actores.

Durante el debate se enfatizó la importancia de introducir dentro del análisis de los cuidados la compleja relación que se da entre el Sistema institucional de Atención de salud y el Sistema doméstico de cuidados, lo que se denomina Sistema doméstico de Atención de la salud.

Se hizo visible la escasa articulación entre ambos sistemas que conviven adjudicándose mutuamente culpas y responsabilidades por el déficit de cuidados.

Ambos sistemas comparten la concepción de que existen *competencias “naturales”* para cuidar en las familias y, en particular, en las mujeres.

Generalmente es una responsabilidad impuesta desde la *socialización tradicional de género* que deja a la mujer atrapada y lejos de poder desarrollar proyectos personales y profesionales más autónomos. Esta naturalización de las capacidades domésticas y, sobre todo, de las habilidades femeninas para cuidar oculta el hecho de que no todas las familias y mujeres tienen la capacidad para hacerlo y que, incluso, puede ser contraproducente para el enfermo y su posible recuperación.

Estos mandatos societales impactan en el tipo de demanda de cuidados que refuerza los sesgos de género:

“Si yo estoy viejo quiero que me cuide una mujer.”

Esta expresión de deseo marca el *sesgo cultural* sobre las preferencias de género en relación a quien debe realizar los cuidados, pero también hace referencia a una realidad: la bolsa de recursos es femenina, tanto en la casa como en las instituciones, en las Residencias Asistidas, etcétera.

Se evidenciaron distintas dimensiones del concepto de “cuidar”, aunque se centró el análisis en lo que significa el cuidado de la salud y sus repercusiones sobre las cuidadoras.

“(En contraposición a) otros tipos de cuidados dentro de las familias, el cuidado de la salud implica una dedicación distinta para la persona que ejerce ese rol, generalmente e históricamente de las mujeres. Implica colocar a disposición de ese otro ser —al que se cuida— una serie de capacidades afectivas ...(tiene) un costo emocional que es distinto al que puede significar otro tipo de tareas de cuidados dentro del hogar. No es lo mismo llevar a un niño al jardín y cuidar de su alimentación que cuidar, cotidianamente a una persona que está con una enfermedad crónica degenerativa o que tiene una discapacidad psíquica intelectual, o física importante —que no puede manejarse por sí misma— y que requiere una gran disponibilidad afectiva y de entrega de ese

otro que la cuida. Esta dimensión del cuidado —y sobre esto hay muchos estudios— revierte emocionalmente de manera muy dramática sobre la persona que cuida. 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.”

Desde otra mirada se plantea que la acción de cuidar tiene una dosis de retorno en términos de gratificación. Se hace porque se quiere a la persona que precisa cuidados y se quiere que esté bien. Hay un retorno en el sentido del bienestar de la persona. Pero también es cierto que si el cuidado se extiende por largas jornadas, sin vacaciones, sin poder trabajar y teniendo que renunciar a proyectos personales, el retorno se opaca frente a las nuevas problemáticas que causa.

Una integrante de la Federación de Asociaciones de Familiares de enfermos mentales, plantea su testimonio, como un claro ejemplo de lo que puede implicar la soledad y postergación personal, por la responsabilización en los cuidados familiares. Lo traemos en tanto da luz sobre una situación que se repite en infinidad de vidas de mujeres, y que puede acercar una idea de la dimensión de la discriminación y sobrecarga que implica la tarea.

“(…) yo soy una sobreviviente de los cuidados, entiendo bastante de eso. Tuve hijos y esos cuidados (fueron) maravillosos. Esos dan muchas gratificaciones y uno acepta el rol, le parece bien... y le gusta además. Pero nunca, nunca hubo ni una maestra, ni un director o directora que llamara a mi marido por problemas de mis hijos. No hubo un médico, ni un psiquiatra, ni un especialista en nada que lo llamara.

Después mi esposo se fue volviendo adicto al alcohol, no podía cuidarse a sí mismo, o sea que también había que tener en consideración su situación. Y a eso se sumó que mi padre envejeció, se quedó viudo y se vino a vivir a mi casa y tuve que pasar por esos cinco últimos años de deshilache, donde no hay gratificación. Es mentira que hay gratificación en esas circunstancias; cuando una persona a la que uno admira, se degrada y se transforma en otro, eso significa un cansancio y una cuota de frustración tan grande que cuesta años superarlo. Perdonen que me emocione, pero yo me emocio. Y después se enfermó mi hijo de una enfermedad mental y eso es complicado. No es terrible como el deshilache de un viejo terminal, pero es muy difícil y es muy difícil sentir que el campo de la salud y, naturalmente como yo esperarí, el campo social, de políticas sociales, abarquen la especie de viudez en el alma que uno siente. No la abarca, no lo entiende, no lo comprende como una tarea. Por lo menos, ahora empiezan a haber

intentos, y es cierto que este nuevo gobierno está tratando de que la salud mental deje de ser la cenicienta para pasar a ser parte del universo de la salud, y nosotros lo reconocemos. Aún no hay suficientes respuestas, ni mínimas siquiera, para todo lo que la familia de un enfermo mental y el propio enfermo necesita, si se lo trata con la dignidad que merece.”

“El usuario de cualquier campo de la salud o el ciudadano merece que se lo conciba y se lo trate, no como un montón de pedazos, pero tampoco como un ser solitario. Cada usuario es el usuario y su familia, cualquiera sea la clase de familia que tenga, su contexto familiar llamémoslo. En la enfermedad física o psíquica hay siempre un altísimo componente de sufrimiento humano, previo a la enfermedad o como consecuencia de ella... Y eso abarca a mucho más gente que a ese individuo en solitario. Lo que yo planteo y muchos de nosotros también es ‘mírennos más como conjuntos que como elementos únicos’. Somos muchos y cuando se trata una problemática, se trata la problemática de esos muchos...”

“(...) se habló del valor de los cuidados y de valorar el aspecto solidario. Todo eso lo tenemos claro y sobre todo nosotras sabemos que eso es valioso, pero no siempre queremos cuidar. En la mayor parte de los casos no tenemos otra salida (...) y cuando se impone y cuando uno tiene que postergar infinitas cosas, me parece que la medallita al valor no nos gratifica lo suficiente. No es justo y es eso lo que hay que plantearse.”

4. Política de Salud mental y Cuidados familiares

Partiendo de una concepción para la cual “salud mental no es ausencia de conflicto, sino que es la capacidad de convivir con el conflicto”, es que desde la Dirección del Hospital Vilardebó se prioriza “hacer políticas sanas, saludables, sustentables, para sostener el conflicto y huir de situaciones hegemónicas.”

Se analizaron críticamente algunas medidas de política en Salud mental de amplia aceptación en el discurso:

“(...) Desde el *marco* de la teoría, de que no deberían existir los manicomios —que en principio parece algo bastante compartible—, en la práctica puede transformarse, pura y exclusivamente, en una consigna muy linda y hasta políticamente rentable.”

Se plantea como alternativa el diseño de una política de atención en Salud Mental que en forma simultánea mejore en lo posible las condiciones de internación vinculadas con la alimentación, vestimenta, cuidados, recreación, etcétera —por una cuestión de derechos humanos

y de sensibilidad—, junto con una preparación paulatina del exterior para que los pacientes puedan egresar en otras condiciones.

En una experiencia piloto de Residencia Asistida —realizada en colaboración con el MIDES para pacientes que cuentan con el alta del Hospital Vilardebó y con el objetivo de favorecer la vinculación y articulación con servicios comunitarios— sigue primando la pauta cultural hospitalocéntrica, demandando en forma permanente la asignación de equipos técnicos específicos para la casa. Se enfatiza la dificultad para asumir nuevos modelos y estrategias y salir del esquema de la hospitalización, hacia una inserción más clara en la comunidad. La resistencia al cambio atraviesa toda la sociedad, dificultando la innovación de estrategias que buscan diversificar el sistema de atención en salud.

Durante el debate se plantean demandas concretas, sobre la necesidad de que existan *equipos institucionales* que brinden *sostén y apoyo a las familias* cuando éstas se hacen cargo de un familiar con problemas mentales. Este tipo de servicios abriría las posibilidades de una actuación preventiva de futuras enfermedades de quienes conviven día a día con la enfermedad mental, ya sea paciente o familiar en trato directo.

Las agrupaciones de familiares y cuidadoras de familias con enfermos mentales han sido una estrategia que ha permitido a muchas personas salir de la soledad y encontrar un primer asesoramiento y sostén para la resolución cotidiana de la convivencia. Sin embargo, no es suficiente en tanto se requieren recursos para capacitación sobre cuidados especiales, enfermedades específicas, pronósticos, posibilidades de reinserción, etcétera. La falta de asesoramiento lleva frecuentemente a una mayor soledad y desamparo de las cuidadoras. Muchas veces el desconocimiento de conductas esperables del paciente en su vivienda las lleva a recluirse por temor a desenlaces desconocidos.

Datos de un estudio realizado en el año 1999, por parte del grupo La Esperanza, permiten tener un perfil de las cuidadoras y de las formas en que su tarea modela su vida y subjetividad.

“(...) la mayoría de las personas que cuidan a los enfermos mentales son mujeres, de edad avanzada y, en la mayoría de los casos, se trata de la madre del usuario. Las familias cuidadoras en general son poco numerosas pero, además, esas propias familias, tienden a cortar los vínculos con la familia extensa. Es gente que se va replegando, aislando cada vez más, pero no sólo del resto de los familiares, sino también de lo social. El aislamiento se produce porque el cuidado de esas personas lleva a una implicación total. Pero también, a veces, por todo lo que significa el propio estigma de la enfermedad (...) Muchas de esas familias en esta encuesta, estaban constituidas por la madre sola o, a veces, acompañada por otro de los hijos. Cuando eran los hombres los

cuidadores, estos no estaban solos: a veces estaban con su pareja o si no, acompañados por hijos.”

Las mujeres que se encuentran cubriendo estas necesidades de cuidado, llegan a pasar promedialmente quince años de sus vidas realizando esta tarea, por lo que se configura una dependencia mutua entre la persona cuidada y su cuidadora, incidiendo fuertemente en la construcción identitaria de esta última, que se culpabiliza ante cualquier posibilidad de abandono de ese rol, cercenando aquellos proyectos individuales que vayan más allá de esa relación de dependencia.

Integrantes de la Mesa plantean desde su propia experiencia:

“La enfermedad mental debe ser uno de los golpes más grandes (para) una persona y su grupo familiar, y además por todo lo que implica desde el punto de vista social. La enfermedad mental es lo desconocido, todo el mundo tiene miedo, o sea, los enfermos mentales más vale esconderlos, no verlos, mantenerlos alejados y eso es muy fuerte como vivencia.”

“(…) Así como el enfermo vive muchas veces en soledad su enfermedad, la familia vive en soledad su sufrimiento y, por otro lado, también vive el estigma de la enfermedad mental.”

“(…) la familia, también, a veces se aísla. A veces por un sentimiento también de vergüenza, pero sobre todo para proteger y protegerse.”

5. Tensiones y dilemas en las estrategias orientadas hacia la equidad de género

Históricamente el feminismo buscó visibilizar y denunciar el peso que las tareas de “cuidado” tienen sobre la vida de las mujeres, en tanto pérdida de calidad de vida, dificultad de desarrollar proyectos personales y profesionales y disminución de la autoestima. Luego, una nueva óptica vinculó los “cuidados” con el desarrollo de una actividad sin reconocimiento, conceptualizándolo como parte del trabajo no remunerado. Por el aporte real que implica tanto para el desarrollo de la sociedad global como para las economías nacionales, se hacía evidente la necesidad de visibilizarlo y la forma más eficaz de hacerlo era cuantificarlo.

En este sentido, el Instituto Nacional de las Mujeres, en el marco del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, estableció un compromiso con el Ministerio de Economía y Finanzas para que este analizara el peso del trabajo no remunerado en el Producto Bruto Interno, como una estrategia para visualizar su valor.

La Directora del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) explicitó algunas de las críticas que reciben estos esfuerzos:

“(...) de inmediato, surge la pregunta: bueno, pero entonces ¿no hay atrás de esto una visión mercantilista del trabajo no remunerado, o del tema del cuidado hecho no remuneradamente? ¿Solo vale lo que se paga? Estamos en una sociedad capitalista y es verdad que solo vale lo que se paga. Por lo tanto ayudar a hacer visible que sostener un sistema de cuidado sobre los hombros —esto que hacen cotidianamente millones de mujeres en el mundo y en el Uruguay— es demostrar que esto tiene un valor.”

Durante el intercambio se pusieron en debate los posibles efectos sobre algunas estrategias diseñadas para superar las inequidades y discriminaciones de género.

¿Hasta dónde una cuantificación valorativa del trabajo no remunerado de las mujeres, e incluso el diseño de estrategias de retribución de este trabajo, no implica una vuelta atrás en la restitución de roles estereotipados de género? En este mismo sentido se plantea si el énfasis en la valoración del trabajo no remunerado que realizan las mujeres puede contribuir a invisibilizar la real disposición y vocación para realizarlo. ¿Es una estrategia efectiva para una redistribución equitativa entre hombres y mujeres de las funciones de reproducción social y biológica?

¿Priorizamos como estrategia la redistribución de los roles tradicionalmente asignados entre hombres y mujeres, o privilegiamos la remuneración de las tareas de cuidado, con el riesgo que conlleva de que se refuercen las exigencias sobre las mujeres para que desempeñen los roles de cuidado, más allá de las vocaciones personales?

Estas interrogantes no se discutieron a fondo y requieren continuar el debate más adelante tanto por el movimiento de mujeres como por el conjunto de la sociedad.

6. Capacitación y/o profesionalización de los cuidadores/as

Otro de los temas abordados en el debate fue la profesionalización de los cuidados y su impacto sobre la equidad de género. El ejercicio tradicional de las tareas de cuidado por parte de las mujeres ha llevado de la mano cierta “especialización”, lo que de alguna manera continúa perpetuando la asignación de esa responsabilidad exclusivamente a las mujeres y esto se ve reforzado por la preferencia de aquellos que requieren de cuidados, que los haga una mujer.

“(...) Existe una profesionalización basada en un saber construido socialmente por las mujeres, que hemos aprendido a cuidar mejor. Pero tiene una cara terrible también, que yo la he vivido

cuando me he enfrentado a situaciones de cuidado de familiares: es el déficit brutal que manifiestan los varones en su capacidad empática, la incapacidad de colocarse en el lugar de los otros, insuficiencia que además está en la base de las explicaciones de muchas conductas violentas de los varones.”

Por otro lado se planteó la necesidad de formar a las personas que cuidan para que realicen mejor sus tareas. Se advierte que no se trata de una profesionalización en el sentido corriente:

“(…) cuando hablamos de profesionalizar, tenemos que tener mucha cautela con esto, porque profesionalizar no es hacerlos universitarios o culturosos; es generar una formación que pasa por lo humano, que pasa por una cantidad de cosas, que me parece que tiene un componente de información y otros destinados al desarrollo de capacidades para continental y cuestionar lo que se está haciendo.”

Se propone la necesidad de incluir y valorar las tareas de cuidado en el propio sistema institucional de atención a la salud, integrándolas al proceso de “curar”. Para esto se requiere capacitar adecuadamente a los distintos actores institucionales.

La Dirección Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República expresa:

“(…) es la necesidad de que la Facultad, como Facultad, como Institución en la formación de los actores que están tan directa o indirectamente involucrados en el tema que se está tratando hoy, tome una participación y un compromiso.”

7. Cuidados: ¿responsabilidad pública o privada?

Lo primero que se señala es que la temática de cuidados es un tema que tiene aún escasa visibilidad como problema público, y mucho menos su análisis desde una perspectiva de género.

“Tenemos como sociedad un debate muy incipiente y fragmentado sobre este tema, que en general es como podemos hacer todos los uruguayos. Nos cuesta mucho poder atravesar con determinadas miradas como el género (...) Yo creo que la preocupación es bien cierta, porque llegamos muchas veces muy tarde, con una desigualdad que cuesta muchísimo su reconocimiento por parte de los actores decisores de política (...) la desigualdad de género no está presente en la cabeza de la mayor parte de los decisores. Entonces, a mí me parece que el que coloquemos desde ese ángulo un tema que atraviese la institucionalidad, comunidad y base familiar, es bien importante porque tiene múltiples impactos.”

Los supuestos de la existencia de una familia-mujer dispuesta, solidaria y con tiempo y recursos suficientes para el desarrollo del cuidado de la salud extra-muros, desresponsabiliza al Estado de estas tareas, provocando —frecuentemente— trastornos a nivel familiar y personal cuyas dimensiones y particularidades no han sido hasta el momento dimensionadas.

Ninguna persona está libre de necesitar ser cuidado o tener que cuidar a otros a lo largo de su vida. Debido a ello durante la discusión se afirma que los cuidados son problemas de *orden colectivo* que hasta ahora se resuelven mayormente en el ámbito privado e individualmente de manera muy *desigual* dependiendo de la pertenencia social, geográfica y de género.

“(La responsabilidad) se puede ubicar en la esfera pública o en la privada, y cuando digo público y privado, estoy hablando básicamente de la puerta de la casa para adentro y de la puerta de la casa hacia fuera. Y creo que en nuestra forma de organización, la respuesta que globalmente seguimos dando es... ‘la responsabilidad del cuidado sigue siendo un problema privado’ y por lo tanto, lo que sigue a esa respuesta es ‘cada uno se arregla como puede’ y cuando digo ‘cada uno se arregla como puede’, digo, ‘primero veré cómo me arreglo en función de si soy varón o mujer, después si soy joven o viejo, después si soy rico o soy pobre’.”

En la medida que se reconoce el carácter colectivo de las necesidades de cuidado es preciso colocar en ese mismo nivel las soluciones.

“Yo creo que (los cuidados) deberían ser una responsabilidad pública. El Estado —de manera reciente en la temática de género, pero hace mucho más tiempo en otras— se siente en la obligación de dar respuestas colectivas, porque la sociedad así lo demanda. (...) Si seguimos razonando que (los cuidados) son un problema individual y que cada uno se arregla como puede, obviamente yo me voy a arreglar mucho mejor para el cuidado de mis hijos que otra persona que pertenezca a otro sector social y, probablemente, alguno de los varones aquí presentes se van a arreglar mucho mejor que yo, por ser varones y por no ser mujeres y cargar en la mayoría de los casos con, por lo menos, el 80% de la responsabilidad de la crianza infantil.”

La solución privada de los cuidados conlleva la reproducción y mantención de las inequidades existentes en la sociedad: inequidades de género, socioeconómicas, geográficas, etcétera.

Es por ello que a lo largo de la Mesa de Diálogo de manera reiterada se planteó que los cuidados son un *problema colectivo* y deben ser objeto de una política pública, constituir un *derecho ciudadano* y, en tanto tal, el Estado debe garantizar su ejercicio.

La dimensión económica para el diseño de políticas públicas no es menor y quedó planteada la propuesta por parte de la Directora de la Dirección Equidad y Género del MSP al subsecretario de Salud: la posibilidad de que en el marco del Fondo Nacional de Salud, se incluya la dimensión del cuidado a la salud con perspectiva de género, como un objetivo a desarrollar de la forma que se hace con adultos mayores, enfermos mentales crónicos, etcétera.

Más que visto como una dificultad, debería recuperarse la visión del cuidado del otro como un valor y como valor debe ser tomado por parte de las políticas públicas.

8. Complejidad e intersectorialidad

La solución al sistema actual de cuidados no es competencia exclusiva del Sistema institucional de Salud.

Se consideró que las *políticas de cuidado* deben ser concebidas *integralmente*, para lo cual se hace imprescindible la coordinación inter-institucional.

“(…) me parece especialmente relevante —al momento de pensar específicamente en las políticas de cuidados de las personas que están pasando por un episodio de enfermedad— volver a recuperar la articulación del trabajo en salud con el trabajo social, que lamentablemente se desconstruyó y se desarticuló hace mucho tiempo. Esa integración es la que da los mejores resultados.”

El subsecretario de Salud realizó un paneo general de la complejidad e integralidad de la temática de los cuidados, comprometiéndose a continuar construyendo en forma colectiva este desafío.

“Quienes tenemos responsabilidades (de gobierno), tenemos un compromiso muy claro de interactuar con la riqueza que se genera desde la sociedad civil, con las propuestas de la Academia. Yo creo que esa es una oportunidad que tenemos que aprovechar.”

Identificó algunos de los componentes presentes en la discusión y que deben ser analizados pormenorizadamente:

- Discurso y práctica.
- Planes normativos y enfoques estratégicos.
- Dimensión pública y dimensión privada.
- Largo plazo y salida inmediata.
- Profesionalización o conocimientos, habilidades y destrezas para hacerlo mejor.
- Máquina descompuesta o dolencia. Especialidad o integralidad.
- Interés corporativo o apertura comunitaria e interdisciplinaria.
- Atención médica versus salud.
- Servicios de salud, instituciones y trato individual: “curar y cuidar”.

“Estamos manejando conflictos o tensiones diferentes que abarcan planos distintos, y la respuesta tiene que dar cuenta de esta complejidad”

Además es necesario transversalizar la temática de cuidados desde:

- perspectivas de derechos,
- perspectiva de valores,
- visión de género,
- de generaciones,
- de clase social.

Planteó que el tema tiene que ser abordado desde:

- la práctica,
- con un enfoque estratégico,
- con respuesta inmediata.

Formuló la pregunta de:

“¿Cuáles son las cosas que desde el Sistema de Salud se pueden hacer para fortalecer las respuestas a los cuidados domiciliarios, en todos los planos y trabajando todas las tensiones que este tema tiene? Creo que hay que hacerlo desde una política pública para que haya una habilitación pública, una respuesta pública y una responsabilidad compartida.”

Avanzando sobre la conformación de un sistema de cuidados, dijo:

“No hay ninguna política pública que pueda prescindir de lo ya existente (...) de toda la energía que la sociedad tuvo, tiene y tendrá, para resolver estos temas, incluso para elegir a quienes quedemos que nos cuiden.”

Por último, volviendo al tema de género sostiene (...) que pensar en la temática de cuidados desde una perspectiva de género implica un desafío:

“(...) la provocación que esto significa, porque yo creo que hay que ver que, efectivamente, lo malo del cuidado hecho por las mujeres, es que es un cuidado sobredeterminado, histórica y culturalmente; no que las mujeres cuiden o que los hombres aprendamos a cuidar. Lo malo es el mandato de género, no la vocación que cada quien tiene para hacerlo.”

Segunda mesa de diálogo

Tal como se planteó en la introducción, en el lapso transcurrido entre las dos Mesas de Diálogo, la Red Género y Familia efectuó una sistematización de las principales propuestas que se realizaron durante el debate anterior, la que fue entregada a los participantes con antelación con el propósito de acotar y profundizar la discusión de las propuestas.

Propuestas y sugerencias

A. Consideraciones generales

- Los cuidados deben constituir un derecho ciudadano garantizado y regulado por el Estado.
- La complejidad de los cuidados requiere de una articulación consistente y permanente de los diversos actores que intervienen: Estado, mercado, comunidad y familias.
- Las tareas de cuidado deben ser una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, lo que implica desnaturalizar y problematizar la supuesta disposición, solidaridad y entrega de las mujeres para realizar las tareas de cuidado, a nivel institucional y familiar.
- Se requiere imperiosamente diseñar estrategias que permitan visibilizar el problema de los cuidados y colocar esta discusión en la agenda pública.

B. Cuidados y salud

- Se requiere formular e implementar políticas integrales de cuidado a la salud que incluyan de manera sustantiva una visión de equidad de género y generaciones.
- Los cuidados institucionales y familiares de salud deben conceptualizarse como un sistema articulado y no como espacios autónomos. Ambos hacen parte de una totalidad y deben analizarse en tanto tales.
- Se debe diversificar la oferta de servicios para atender la heterogeneidad de demandas de cuidado. Para ello se deben generar

—además de los tradicionales— servicios comunitarios y alternativas desinstitucionalizadoras.

- Promover acciones tendientes a implementar cuidados paliativos oportunos y de calidad.
- Los cuidados de la salud requieren de una participación efectiva de las instituciones que permitan sostener el cuidado dentro de las familias, para lo cual se deben generar dispositivos institucionales que permitan capacitar, sostener y continentalizar a los pacientes y sus familias.
- Las instituciones de atención médica deben promover una distribución más equitativa de las tareas de cuidados entre los distintos géneros, no reforzando pautas sexistas de división de roles.
- Las instituciones de atención médica deben generar un sistema de cuidados para pacientes que requieren atención permanente tanto a nivel institucional como domiciliario, que descansen en los recursos propios de las instituciones y que restituyan la responsabilidad de los cuidados al equipo de salud.
- Los familiares tienen una función de contención afectiva y de acompañamiento de los pacientes. No deberían reemplazar a los recursos humanos institucionales en las tareas de cuidado y coordinación de los pacientes hospitalizados, porque no tienen la capacitación para ello.
- Los acompañantes pertenecientes a servicios privados deberían colaborar con los familiares en el cuidado del paciente y no, como sucede con frecuencia, sustituir a los recursos humanos institucionales. Tanto familiares como acompañantes deben estar bajo la autoridad técnica de la institución que está a cargo del paciente.
- Se debe definir y supervisar el cumplimiento de las normas de cuidado de pacientes según problema y gravedad (Protocolos). Los pacientes deberían tener información sobre dichas normas.
- Capacitar a los recursos humanos institucionales y valorar y evaluar las tareas de cuidado realizadas por las instituciones prestadoras de servicios.
- Se debería contar con un relevamiento y análisis de buenas prácticas sobre cuidados en el marco del sistema de salud y prácticas innovadoras tanto en nuestro país como a nivel internacional.
- Generar sistemas de información que aporten datos que permitan diseñar políticas de cuidado sustentables.
- Explorar las posibles fuentes de financiamiento de un Sistema de Cuidados. Se propone que el Fondo Nacional de Recursos asigne

fondos específicos para implementar políticas de cuidado en salud con perspectiva de género.

- Comprometer a las diversas facultades en la capacitación de los profesionales de la salud en la temática de cuidados.

C. Cuidados e intersectorialidad

- Los cuidados de la salud sobrepasan las fronteras del sector. Requieren de una acción conjunta intersectorial en la cual se integren de manera armónica las distintas acciones que hacen a la salud: atención médica, seguridad social, educación, desarrollo social, etcétera.
- Se sugiere incluir la discusión sobre cuidados desde una perspectiva de género en las distintas reformas en curso: reforma del Estado, de la Educación, de la Seguridad Social, como ámbitos potenciales de transformaciones.

D. De los cuidadores/as

- Las tareas de cuidado que realizan las personas en el ámbito doméstico a personas con discapacidades o pacientes crónicos, deben ser reconocidas como trabajo, generando derechos jubilatorios y —en lo posible— un salario.
- El sistema de salud debe dar capacitación y apoyo psicosocial a los cuidadores/as para cumplir con su tarea adecuadamente, atenuando o controlando los riesgos de enfermar.
- Implementar servicios de cuidado que puedan remplazar al cuidador/a principal por períodos breves a lo largo del día o por un número determinado de ellos.

El debate no siempre siguió el orden propuesto e inicialmente acordado, ni hubo un equilibrio en la extensión de la discusión de las propuestas. Intentaremos retomarlo sólo como recurso de exposición para un mejor entendimiento de la profundidad que alcanzó el análisis de cada uno de los tópicos abordados.

Es importante consignar que como telón de fondo se manifestaron dos ejes que transversalizaron toda la discusión.

- La transición demográfica por la cual atraviesa el país, que trae aparejado —entre otras transformaciones— el envejecimiento de la población y el fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento” que conlleva, sin posibilidad de soslayarlo, a un aumento sostenido de la demanda de cuidados.

- El otro eje transversal y que convocó a este debate, refiere a la situación de discriminación e inequidad de las mujeres en nuestra sociedad, situación que restringe el ejercicio de sus derechos y menoscaba su ciudadanía.

Las tareas de cuidado son realizadas mayormente por mujeres en tanto son depositarias de la mayoría de las tareas de cuidados al interior de las familias y en los servicios públicos y privados. La distribución inequitativa de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres deja a las mujeres en una situación de desventaja social en la medida que son tareas invisibilizadas y que no tienen el reconocimiento social correspondiente (ausencia o insuficiente remuneración y cobertura de la seguridad social).

La división sexual del trabajo, que ha ubicado tradicionalmente a las mujeres en la órbita de lo privado y lo familiar y a los hombres con mayor autonomía para moverse en lo público, no se ha modificado con la salida de las mujeres al mercado de trabajo. La ampliación de los horizontes de realización personal de las mujeres, no las ha eximido de su mayor responsabilidad sobre la reproducción biológica y social de las familias, aumentando la sobrecarga de trabajo y de estrés, situación que se ha visto intensificada por las crisis económicas y las políticas neoliberales.

La decisión de este gobierno de transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas habilita a pensar y promover el desarrollo de un sistema de cuidados que incorpore desde su gestación la búsqueda de equidad entre hombres y mujeres y promueva la corresponsabilidad entre los diversos actores que intervienen en dichos cuidados (Estado, mercado, comunidad, familias).

A. Sobre las consideraciones generales

1. Cuidados: un derecho ciudadano

Hubo un amplio acuerdo en conceptualizar los cuidados como un derecho ciudadano.

El debate permitió identificar algunos aspectos tales como la necesidad de definir con mayor precisión qué se entiende por *derecho a ser cuidado*, la importancia de que este derecho sea reconocido socialmente y quiénes y cómo deberían participar para que este derecho pueda ser ejercido con equidad y calidad.

En relación al primer aspecto se planteó que el derecho a ser cuidado es un derecho que habilita a los ciudadanos *no autovalentes* a recibir

ayuda mientras permanezca la condición de dependencia. Enfocado de esta manera, el derecho a ser cuidado/a puede ser ejercido en distintos momentos a lo largo de la vida de las personas, cuando las situaciones de dependencia así lo ameriten. Los cuidados de la salud hacen parte de este derecho global a ser cuidado, y se refieren específicamente a las necesidades de cuidado que surgen cuando no hay o son insuficientes las capacidades de autocuidado de la persona por problemas de enfermedad.

Por otra parte, en la medida que los cuidados se constituyen en un derecho, deben existir oportunidades para que todos los ciudadanos/as lo puedan ejercer en *equidad*, independientemente de la edad, raza, etnia, sexo, género, lugar geográfico y condición social. Asimismo, durante el debate se hizo hincapié en la necesidad de asegurar que los cuidados deben tener no sólo una amplia cobertura, sino ser de buena *calidad*.

Se subrayó que para pasar de las definiciones a los hechos, es imprescindible como primer paso, el *reconocimiento social* de este derecho. Se planteó, además, que el reconocimiento de los cuidados como derecho implica aceptar simultáneamente que su satisfacción es una *responsabilidad social* y, por lo tanto, *colectiva*.

“(…) (No basta con) el reconocimiento de los cuidados como un derecho sino el reconocimiento de los cuidados como una responsabilidad colectiva y compartida. Y no necesariamente colectiva al interior de la familia, sino cuando digo colectiva me refiero a responsabilidades que como sociedad asumimos. Responsabilidad social colectiva, como puede ser el seguro de desempleo, que también es un acuerdo y una responsabilidad social que la sociedad se da como tal de manera colectiva.”

2. Actores participantes. Articulación público/privada. Papel de las políticas públicas

En la reunión se discutió la participación de los diversos actores sociales que tienen responsabilidad en los cuidados, delineándose mejor sus características respectivas, sus fortalezas y limitaciones y se avanzó en la definición de sus mutuas relaciones.

Estado

Hubo acuerdo en considerar al Estado como un actor central, tanto en el reconocimiento del derecho a los cuidados como en su responsabilidad para impulsar medidas que permitan hacer efectivo ese derecho con equidad. Se convino, además, en su papel rector, regulador y orientador del mercado y de la sociedad a través de las políticas públicas.

Más allá de este consenso, se hizo un conjunto de disquisiciones y precisiones sobre el alcance de la responsabilidad estatal que es importante rescatar.

Por un lado, la acción del Estado no puede desconocer la existencia de otros actores que están actuando y aportando activa y positivamente al cuidado como las familias. Por otro lado, existe el riesgo de que en el imaginario social se confunda el papel garante del Estado con soluciones institucionalizadoras, que no siempre son las más adecuadas y que no son sustentables económicamente.

“El peligro que tiene hablar de la garantía del derecho a los cuidados de las personas y colocar inmediatamente al Estado, es la lógica de la institucionalización de la respuesta. Muchas veces la idea de que intervenga el Estado remite inmediatamente a una respuesta institucional, la institucionalización remite a servicios, los servicios remiten a mecanismos que se vuelven no sólo insustentables —lo que sería ya un argumento de peso—, sino también a respuestas que no son las más adecuadas. Creo que —y lo discutíamos también desde la perspectiva de género— el rol de la familia en el cuidado, desde el punto de vista afectivo, desde el punto de vista de la continentación, desde el punto de vista psicosocial —para decirlo rápidamente— parecería que no es para considerarlo como un elemento menor.”

Se requiere avanzar en precisar más detalladamente cuál debería ser la participación del Estado en su calidad de garante del derecho a los cuidados para no invitar a confusiones ni crear falsas expectativas.

“Creo que el Estado finalmente tiene que garantizar este derecho pero sería cuidadoso —no (por) el lugar donde estoy colocado hoy— con pensar que la garantía de este derecho reposa de una manera directa sobre el Estado. Decir que el Estado garantiza (...) bien, pero ¿qué quiere decir esto en términos concretos y materiales?”

“(...) Me parece que en este tema del papel del Estado entre garantizar derechos, asegurarlos real y efectivamente y los diseños institucionales, a veces hay una distancia.”

El gobierno uruguayo está comprometido actualmente en una reingeniería de las políticas de bienestar y protección social que se traduce en la Reforma del Estado, la Reforma de la Educación, del Sistema Tributario y de la Salud, procesos en distintos momentos de maduración lo que presenta una buena oportunidad para que se incorpore el derecho a los cuidados en la agenda pública.

“Para el Uruguay se inaugura un debate en el marco de las políticas sociales, ya que no existen aquí antecedentes en políticas de cuidados (...)”

Mercado

La participación del mercado en proporcionar servicios de cuidado es innegable en Uruguay. Es un mercado que ha crecido aceleradamente en los últimos años, legitimándose como recurso alternativo para ejercer cuidados que no tiene en la actualidad una reglamentación clara, carece de control y de una política de regulación que permita orientar y evaluar las diversas dimensiones que lo componen: calidad de los servicios, capacitación y derechos laborales de su personal (con alto porcentaje de población femenina), equidad en la oportunidad de acceso, etcétera.

Ante esta situación de expansión no regulada de los servicios privados de cuidados se debatieron diversos aspectos. Para algunos participantes el mercado no debe participar en los cuidados:

“(...) Yo sacaría el mercado de ahí (...) porque en realidad el mercado en este tema es distorsionante (...) El papel de la familia y de los cuidadores no puede ser suplido por cuidadores provenientes del mercado. Si no hay más remedio habrá que hacerlo, pero como una mala solución (...) Estas soluciones que tenemos acá de cuidadores informales, no capacitados, no comprometidos, con sus propios intereses en juego, no ha sido una buena solución (...) El mercado lo único que hace es transformar un valor solidario en un valor económico (...).”

Por otra parte, el mercado sólo da cobertura a la población con capacidad económica para comprar estos servicios, produciéndose una situación de inequidad clara en el acceso a los cuidados.

Más allá de todas estas puntualizaciones, existe un reconocimiento de la existencia de este sector, que aunque cubre parcial y deficientemente algunas necesidades de cuidado, no puede ser ignorado, especialmente ante la insuficiencia del sector público como proveedor de servicios y de acciones de apoyo para que las familias puedan cumplir adecuadamente sus funciones.

Ante esta situación se plantea la urgencia de la participación del Estado como orientador, regulador y controlador del sector mercantil de cuidados.

Familias

El grueso de los cuidados a las personas se realiza en el interior de los hogares y, como se ha señalado reiteradamente, son realizados fundamentalmente por mujeres. Este trabajo de cuidado no tiene reconocimiento y está invisibilizado tanto a nivel doméstico como en la sociedad.

Las dificultades que las familias están experimentando para cumplir

con las tareas de cuidado han sido analizadas en la primera Mesa de Diálogo. Constituyen un aspecto a analizar en profundidad para diseñar e implementar un sistema de cuidados acorde con la real capacidad de cuidar de las familias.

“(…) No podemos convertir la incapacidad material de las familias para atender los cuidados en una virtud de la sociedad moderna. Tenemos que verla como un tema sobre el cual el conjunto de la sociedad tiene que crear redes de protección que habiliten a las familias (…) Lo que tenemos en las familias es una muy mala distribución de ese trabajo.”

En el discurso institucional se señala la importancia del entorno familiar, pero no existen políticas públicas integrales y sostenidas en el tiempo que contribuyan a que las tareas de cuidado puedan efectivamente ser llevadas a cabo por las familias.

La sobrecarga de trabajo que implican los cuidados en general, y en especial los cuidados de la salud, no tienen un correlato económico, social ni de servicios de apoyo adecuado. Por el contrario, en la medida en que hay una invisibilidad de este trabajo, quien lo realiza no tiene ningún tipo de recompensa material ni subjetiva.

Paradójicamente, la existencia y crecimiento del mercado de servicios de cuidado es un elemento que permite “dar valor” a los cuidados desarrollados al interior de las familias —y hasta ahora invisibilizado—, sirviendo de punto de referencia para justipreciar el trabajo de cuidados no remunerado.

3. Articulación público/privado

Las necesidades que las personas tienen de ser cuidadas no están siendo satisfechas adecuadamente en la actualidad. Ninguno de los actores intervinientes puede por sí mismo proporcionar una salida satisfactoria al problema y, al igual que en otras políticas sociales, se vuelve imperioso avanzar hacia una articulación público/privado que —bajo la rectoría del Estado— asegure de manera equitativa un conjunto de servicios de cuidados a toda la población.

La articulación no elimina la contradicción entre lo público y lo privado, contradicción que atraviesa a todas las políticas públicas y que se manifiesta con fuerza al plantearse un modelo de protección social.

“El tema de los cuidados de la salud, debe ser encarado como un gran tema que además atraviesa todas las políticas públicas. La contradicción entre lo público y lo privado es una contradicción inherente a los modelos de protección social y a los efectos que ha tenido particularmente el diseño del Estado mínimo con los modelos neoliberales.”

Por otra parte, las políticas sociales no son independientes del modelo económico y la relación público privado que existe en la actualidad es, en parte, la consecuencia de las políticas neoliberales que se implementaron en las últimas décadas.

“(…) Nosotros no nos curamos ni mucho menos de ese sistema. Hoy todo el mundo habla —sin hacer autocrítica además— de los efectos que tuvo la política neoliberal, pero en realidad creo que el problema subsiste porque la generación de respuestas de tipo neoliberal claramente tiene una raíz más de fondo, que tiene que ver con elementos que hacen a la economía; no surgen exclusivamente de un diseño (ideal), hay una base material que está marcando muy fuertemente este tema.”

El modelo económico sienta las bases de los sistemas de protección social, delimitando sus posibilidades y restricciones. Al diseñar cualquier política social es muy importante tener en claro el enorme impacto que sobre ella tiene la política económica, y ambos tipos de política deberían —idealmente— compartir su visión de la sociedad y articular sinérgicamente su quehacer.

Eventualmente, más allá de las dificultades que presenta la articulación entre lo público y lo privado, ésta puede permitir recuperar la riqueza de los aportes de los diferentes actores, incentivar las responsabilidades de cada sector y mejorar la calidad de los cuidados.

4. Bienestar social y Sistema de cuidados

El tema de los cuidados constituye en la actualidad una preocupación para muchos gobiernos del mundo desarrollado. Hace parte de la discusión sobre las transformaciones de los sistemas de bienestar social existentes, a fin de hacerlos compatibles con los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales que están experimentando esas sociedades.

“(Es necesario) mirar un poco más al mundo y ver que este tema se está planteando a nivel internacional con muchísima fuerza y tiene que ver con la reorganización del bienestar en el mundo, en función de los cambios que ya hemos visto: económicos, sociales, demográficos, etcétera. Es decir que estamos en un momento de inflexión con respecto a estos temas y, por lo tanto, se nos plantean muchas dudas.”

En una lectura de los avances a nivel mundial de esta reingeniería de los *regímenes de bienestar*, se plantea esquemáticamente una clasificación de éstos:

- Regímenes liberales, que son aquellos en los que predomina la sa-

tisfacción de las necesidades a través del mercado (hay ejemplos en Europa, EEUU y otros países);

- Regímenes conservadores, que centran la satisfacción de las necesidades en las familias;
- Regímenes socialdemócratas (países del norte de Europa), donde hay un mix de aportes de las distintas esferas institucionales que pueden ser proveedoras de bienestar. Se articulan las posibilidades de resolver estos temas a través de combinaciones de mercado, comunidad, familia y Estado. Este mix de prestaciones y servicios depende de cuestiones culturales —ya que hay sociedades en las que priman las raíces familísticas y otras donde el papel del Estado ha sido históricamente más importante— y de las posibilidades económicas y financieras para poder asumir los costos, ya sea por parte del Estado como de las familias.

Los sistemas de bienestar social de cada país incluyen a los sistemas de cuidado, proporcionándoles un marco doctrinario, legal e institucional. Si bien hay medidas puntuales que pueden ser implementadas sin requerir una reestructura global del régimen de bienestar, hay acciones que requerirán en un futuro una definición más clara del régimen que el país quiere o puede construir.

5. Género y cuidados

La inclusión explícita de la *perspectiva de género* constituyó una de las propuestas centrales que se analizaron en esta Mesa de Diálogo. Durante el debate hubo consenso sobre la desigual distribución entre hombres y mujeres de las tareas de cuidado dentro de las familias, en las instituciones prestadoras de cuidados y en la sociedad. La constatación de esta diferencia fue valorada de manera diversa. Para algunos/as la concentración de mujeres en las tareas de cuidado expresa su mayor capacidad para efectuar este trabajo y por lo tanto deberían conservar esta distribución desigual, aprovechando estas ventajas comparativas. Para otros/as participantes esta distribución desigual del cuidado genera desventajas para las mujeres, quienes por cumplir con dichas tareas en las actuales condiciones ven recortadas sus posibilidades laborales y de desarrollo personal. Desde esta mirada, debería haber una distribución más equitativa entre hombres y mujeres de las responsabilidades de los cuidados en el hogar y deberían implementarse acciones que promovieran la corresponsabilidad de las familias con el Estado y la sociedad (el mundo del trabajo, servicios, etcétera.). Muchas veces las instituciones promueven y reproducen los roles tradicionales de género en los cuidados estimulando la reiteración

de las conductas que mandatan los roles tradicionales de género. Las instituciones juegan un papel muy importante en la transformación de las conductas de las personas. Este último aspecto se tocó muy lateralmente durante el debate, aunque constituye una dimensión medular a considerar si lo que se pretende es una modificación de las relaciones entre hombres y mujeres.

B. Sobre cuidados y salud

Los cuidados a la salud hacen parte de los cuidados en general, pero por su volumen y especificidad ameritan un tratamiento particular.

La discusión se centró en la delimitación de funciones de los diversos actores participantes y en la necesidad de establecer corresponsabilidades entre ellos a través de una distribución más equitativa de las tareas y de los costos de acuerdo a sus capacidades y a la diversidad de posibilidades.

Claramente es necesario redimensionar las tareas de cuidados de la salud, como un problema que no es exclusivo del mundo privado (familias, mercado) y en la que el Estado debe asumir un rol más activo.

Sobre el rol del mercado, hubo amplia concordancia en que el Estado puede y debe regularlo contribuyendo a garantizar la calidad de la atención que prestan e integrándolo al sistema de salud mediante acciones que permitan habilitar, fiscalizar, controlar y capacitar a los actores pertenecientes al mercado en los cuidados.

Además de regular y controlar lo que hace el mercado, el Estado debe dar respuesta a aquellas personas que no pueden pagar:

“Me preocupa un tema que va quedando por fuera y es qué pasa con los sectores que no pueden, que no pagan. Están los que pueden pagar estos servicios de cuidado (...) y el Estado puede entrar a fiscalizar, regularizar, capacitar, etcétera. Tampoco me sirve que el Estado capacite a las familias y ya (...) Me parece que hay algo en el medio, que el Estado a través de algún mecanismo (...) les deba dar una mano, quizás no directamente como ejecutor, pero sí que él ponga en contacto a los actores, financie y promueva la ayuda para esas familias que no pueden financiar el pago de cuidados a enfermos crónicos y terminales.”

En cuanto a las tareas de cuidado de la salud desarrolladas por las familias, hubo acuerdo en que se hace necesario desarrollar acciones de apoyo, pero que las propuestas requieren un análisis cuidadoso sobre qué acciones pueden ser desfamiliarizadas, a través de qué procesos y quién o quiénes deberían asumir estas tareas.

“Hay cuestiones que las familias quieren seguir cumpliendo, pero

hay que darles mejores condiciones para que lo puedan hacer, vía Estado o vía mercado... (Hay que definir) qué cuestiones que están en el sector mercantil deben ser controladas, porque lo que nos está pasando es que se nos escapan hacia el sector mercantil la satisfacción de muchas de estas necesidades (del cuidado de enfermos o de adultos mayores), sin que haya control estatal y esto puede ser muy salvaje.”

El papel de las familias en los cuidados ha venido cambiando rápidamente y debe ser analizado cuidadosamente a la hora de formular un sistema de cuidados.

“Efectivamente tenemos que dar la discusión del papel de la familia. No desde una lógica conservadora de la familia, pero sí desde una lógica de la cuestión integral, ver a la salud integralmente. No podemos convertir la incapacidad material de las familias para atender los cuidados en una condición de la sociedad moderna; tenemos que verla como un tema sobre el cual el conjunto de la sociedad tiene que crear redes de protección que habiliten a las familias. Lo que tenemos en las familias es una muy mala distribución de ese trabajo.”

Desde las instituciones de atención médica es difícil percibir la sobrecarga que implica la atención en el hogar de los miembros enfermos y el papel que dichas instituciones juegan como reforzadoras de la desigual distribución genérica de los cuidados.

“El cuidado extremo en el tercer nivel no contempla ni mucho menos la responsabilidad en el cuidado cotidiano de cosas menores, como puede ser una gripe en un niño que se tiene que quedar en domicilio, la circularidad de quienes se hacen cargo, de dónde está la mamá, de dónde está el papá. El involucramiento en las corresponsabilidades —trabajando el tema desde el género— de los varones es un tema sustancial. En la Facultad de Enfermería se planteaba cómo desde un nivel intermedio manejábamos con tanto poder la participación o no de los varones. El alojamiento conjunto, un tema bien sencillo, que fue bandera de avanzada en determinado momento, hoy todavía se discute si el que se tiene que quedar de noche es el papá o no. Y eso tiene que ver con los poderes y con la participación, y desde dónde nosotros circulamos y tiene que ver netamente con un tema de transversalizar el género y visibilizar las corresponsabilidades. Eso me parece que es sustancial para que podamos empezar a tirar algunos muros, que son duros y que duelen.”

Es muy importante reconocer la *responsabilidad de las personas* que trabajan en el sector salud, cualquiera que sea su función, en el mantenimiento de los estereotipos de género.

“Un tema central a discutir es la recuperación de la responsabilidad frente al paciente de los propios recursos de la salud, en los cuales no sólo incluimos auxiliares y enfermeras sino también médicos.”

Se destaca el valor que tiene la *formación de los recursos humanos* en el sector salud para impulsar un proceso de cambios que rescate a los cuidados como un elemento sustancial de la atención y el restablecimiento de la salud.

“Todo lo que se puede hacer desde los ámbitos académicos y desde lugares donde se forman profesionales de la salud, en el sentido de formar y educar. Porque aquí está también la capacitación y la psicoeducación a todos los niveles de la familia y del cuidador, del usuario y del paciente, que muchas veces la fantasía de su enfermedad es peor que la realidad pero que no tiene información para saber esa diferencia. Por eso desde el ámbito académico hay mucho por hacer para ayudar a ese cuidado.”

C. Sobre cuidados e intersectorialidad

Hubo pleno acuerdo entre los participantes sobre la importancia de la intersectorialidad cuando se piensa en los cuidados. Es evidente la necesidad de coordinar acciones que son responsabilidad de diversos sectores y ministerios.

La *complejidad* que presenta la temática de los cuidados, se pone en evidencia cuando en el debate comienzan a diferenciarse distintas órbitas de injerencia, distintas áreas desde donde pensar y dilucidar los mejores caminos y los aportes más específicos para su abordaje:

“La complejidad que tiene este tema pasa por muchos factores, mucho más allá de los determinantes que implica el concepto de salud, en los cuales debe estar involucrada sin duda la enseñanza, otros actores como el territorio —que me parece un elemento sustancial—, la comunidad —sin duda—, el hábitat y la accesibilidad, el transporte. Todos estos son elementos que van sumando y conforman un vehículo muy importante para que circule esto del cuidado de todos nosotros dentro de la conformación de una ciudadanía más saludable.”

Se analizan las consecuencias de la *fragmentación y descoordinación* de los servicios, situación que reclama una política pública coherente de cuidados. Las dimensiones analizadas son múltiples y abarcan desde elementos de orden conceptual sobre las responsabilidades del sector salud en el bienestar de las personas enfermas hasta cómo hacer

operativo un sistema de cuidados integrado que posibilite dar cuenta efectivamente de las necesidades de las personas.

Se señala además que la falta de un sistema de cuidados que integre las diversas acciones impacta negativamente en el propio sector salud.

“Las consecuencias de que hasta el momento no haya una política de cuidados las paga el sistema de salud, y las paga el sistema de salud público especialmente, por lo que es claro que el abordaje de esta problemática debe ser integral.”

Reiteradamente a lo largo del debate se introduce a la Seguridad Social como un componente ineludible en la implementación de un sistema de cuidados.

Si los cuidados constituyen un derecho, este debe ser ejercido por todos los ciudadanos, lo que implica un aumento significativo de la cobertura de los servicios existentes, la creación de nuevos tipos de servicios (centros diurnos, casas de medio camino, etcétera.) Esta situación plantea nuevos desafíos al sistema de previsión social. Por una parte es necesario reflexionar e implementar acciones para atender las nuevas necesidades de cuidado de las personas mayores, pero también rescatar las posibilidades de las personas mayores de continuar en actividad aportando sus conocimientos y capacidades a la sociedad y —tal vez— recursos financieros al sistema. Esto requerirá un análisis en profundidad del sistema de protección social y, probablemente, si es necesario, una revisión de la legislación correspondiente.

Aun cuando los cuidados de las personas enfermas son responsabilidad básicamente del sector salud, la coordinación con otros sectores del Estado debe incrementarse.

D. Sobre los cuidadores/as

Como familias latinas, todavía queremos ayudar a nuestra familia cuando un integrante está enfermo, y lo que muchas veces sucede es que no se cuenta con los instrumentos y capacidades necesarios para brindar esa ayuda. Surge así el énfasis en la necesidad de ir construyendo una red de servicios, programas y apoyos legales, que permitan sostener los cuidados que por solidaridad familiar e intergeneracional puedan seguir permaneciendo en este ámbito.

El papel de la familia es muy importante en el bienestar del paciente y su recuperación.

“(…) dentro de los sistemas de hospitalización, tanto institucionales como domiciliarios, el rol de los familiares cobra una importancia mayor, en parte porque los familiares son importantes como sostén, pero no son remplazo de los recursos propios del sector salud, que tienen el *know how* específico.”

Es frecuente que los cuidados que se realizan en el ámbito familiar no son visibilizados como parte del sistema de cuidados y que se generen políticas de salud que den por sentado que en los hogares existen las condiciones y los recursos humanos para cuidar. La situación de las mujeres como protagonistas “obligadas” en dar respuesta frente a la falta de servicios posibles alternativos, requiere soluciones específicas.

Se reconoce la falta de políticas orientadas a los cuidadores/as tanto desde un punto de vista de la atención a otros como de la atención que deben recibir ellos/as mismas para mantener su propia salud:

“(…) no tenemos cuidados a los cuidadores, pero además no tenemos diseños de tipo estatal con un sistema de protección intersectorial.”

Por otra parte, reconocer a los cuidados como derecho implica simultáneamente hacer visible el trabajo de cuidadores/as quienes deben tener la capacitación adecuada y un reconocimiento de su tarea. A la discusión se traen propuestas que abarcan desde la psico-educación, hasta el apoyo económico, así como la posibilidad de un sistema de reemplazos que permita a cuidadoras y cuidadores no abandonar proyectos de desarrollo y crecimiento personal. Muchas de estas proposiciones recogen experiencias internacionales de países que han avanzado en la reestructuración de su política de bienestar.

Otras facetas del debate

Papel del territorio y lo local

Durante el debate aparecieron diversas reflexiones que se referían a la importancia de lo *territorial y local* en el diseño de un sistema nacional de cuidados que diera cuenta de las especificidades y particularidades de los diversos lugares. El acercamiento desde lo comunitario permite diagnósticos mejores de las necesidades, así como diseñar acciones más pertinentes a las características locales.

“Hay diseños de acciones que sólo pueden hacerse desde lo local porque ninguna institución puede prever realidades concretas con tanto detalle.”

Se plantea la experiencia de otros países en que muchas de estas acciones se efectúan a partir de una institución intermedia en la cual el Estado ha delegado funciones (*descentralización*).

“Para todas estas políticas tiene que haber algo más cercano que es un nivel que acá todavía no se ha dado (...) Entre la familia y el Estado tiene que haber una cosa intermedia porque si no la familia queda muy perdida (...). Tiene que haber un nivel que puede

ser el departamento, la ciudad (...) en la que el Estado delegue su quehacer, que pueda apoyar realmente, porque si no el ciudadano solo no puede. Más que más mercado habría que introducir una institución intermedia en la cual el Estado delegue porque la comunidad y la familia tampoco pueden y van a estar lejos del Estado siempre.”

La creación de este nivel intermedio sólo tiene sentido si la *descentralización* va acompañada de un *traspaso de recursos* efectivo hacia ellos.

También se planteó la posibilidad de que las comunidades pudieran prestar servicios con el apoyo de los gobiernos locales.

“¿Qué apoyo deberían tener las comunidades locales que podrían estar en condiciones de prestar algunos servicios con intervención de los gobiernos locales o sin ellos?”

Aspectos éticos y doctrinarios

Se señaló la importancia de abrir una discusión pública sobre dimensiones *teóricas y doctrinarias* que subyacen a cualquier política de cuidados tales como el inicio de la vida, la muerte con dignidad, implicancias de los juicios por mala praxis sobre el trabajo de los profesionales y su efecto en la calidad de vida de los pacientes.

“(…) Siempre he pensado de que no hay nada más práctico que una buena teoría y que algunos de los temas en la salud del presente y del mañana requieren de un análisis puramente formal y teórico y no solo organizacional. Un debate sobre la noción del comienzo de la vida y del fin de la vida desde el punto de vista teórico no me parece retórico en absoluto. Cuando yo digo enfoque doctrinario no hablo de una retórica vacía, pero cuando se plantea una definición del final de la vida y se crean espacios sobre cómo se concibe morir en el siglo XXI (...). Esa antinomia entre la mala praxis o el temor de los médicos a la mala praxis que hace prolongar agonías, o de las familias que quieren que el viejo se vaya cuanto antes versus el derecho a morir en dignidad, porque el progreso tecnológico de la medicina también conlleva y trae la noción de que somos inmortales. Entonces (es necesario) el debate puramente teórico de qué entiende la sociedad uruguaya de hoy (...) Complejizar desde el punto de vista social y antropológico también son temas de debate teórico que es necesario desarrollar a la par de las medidas organizacionales y prácticas.”

Afloraron otros temas que hacen a la articulación entre lo público y lo privado, entre lo institucional y lo familiar tales como las situaciones

de abuso y maltrato, violencia y la necesidad de discutir abiertamente estos problemas para incidir en la mentalidad ciudadana.

Participación

La mayor *participación* es un tema que apareció como una necesidad imperiosa para la construcción de un sistema nacional de cuidados. La voz de quienes son cuidados/as generalmente no aparece en los debates, como si desde la mirada de los técnicos, la merma de capacidades de la persona constituyera un freno para poder expresar qué tipo de cuidados requieren y prefieren:

“(...) Quien es cuidado no aparece con voz (...) En realidad me preocuparía pensar en la construcción de un derecho sólo desde quienes lo proveen, de quienes lo regulan o quienes lo enseñan en el caso de las Facultades. Me parece que un actor importante a ser colocado, en este momento ya final de pensar estrategias de cómo seguimos, es pensar en cómo tienen voz aquellos que son cuidados. Porque en realidad a mí me gustaría saber cómo quiero ser cuidada cuando tenga necesidad de eso: ¿quiero ser cuidada por un modelo estatal, familiar, con una mezcla?”

La población debe participar en la construcción de un sistema de cuidados y en la auditoría de las políticas públicas lo que mejoraría sin lugar a dudas su eficiencia y transparencia.

“(Es necesario) empezar a resolver los problemas de salud con la participación de la población. No porque el Estado le tire a la gente el problema (sino) porque hay modelos de descentralización que son privatizadores. Pero una cosa es descentralizar desentendiéndose y otra cosa es descentralizar para dar el poder de exigir. Por ejemplo que el Estado permita cuidados o habilite o genere espacios de cuidado.”

Hacia un Sistema nacional de cuidados. Estrategias posibles

En la última parte de la Mesa de Diálogo el debate se orientó hacia diseñar algunas estrategias que podrían utilizarse para avanzar hacia un sistema de cuidados. Tres son los problemas que parecen importantes de dilucidar.

- ¿Cómo podemos transformar un problema que tradicionalmente se soluciona individualmente en un problema de orden colectivo con soluciones de orden colectivo?

- ¿Cómo ingresa la temática de cuidados en la agenda pública de este país?
- ¿Cómo estas propuestas tienen algún grado de viabilidad política y económica?

Se hace necesario hacer visible el rol de los cuidados en la salud, problematizando el tema, avanzando en la generación de una *masa crítica* que pueda ir construyendo argumentos que enriquezcan las propuestas.

Se planteó que estas *Mesas de Diálogo* abrieran un primer espacio de intercambio entre representantes de instituciones públicas y privadas, lo que ha permitido ir descubriendo una realidad hasta ahora invisible en nuestro país, espacios que seguramente se comiencen a replicar en los distintos ámbitos de pertenencia de quienes en ellas participaron.

Se estima de utilidad *delimitar con mayor claridad el campo de los cuidados en la salud* pues en este tema las fronteras no son claras y abrirlas demasiado complejiza innecesariamente su abordaje.

“Yo creo que hay aspectos de la atención a la salud que son indelegables: las fronteras nunca son inamovibles, siempre hay una continuidad, pero me parece que habría que hacer ese grado de diferenciación.”

Hay acuerdo en la importancia de la *investigación* como generadora de nuevos conocimientos que permitan sustentar con más información las diferentes propuestas. Se discute la ubicación de la investigación en función de una mayor pertinencia y oportunidad de sus resultados. Se sostiene que para lograr conjugar de mejor forma las investigaciones con los requerimientos de la política pública es preciso construir un dispositivo de política pública intersectorial que incluya las líneas de investigación en su seno.

Como inicio de un proceso de formulación de políticas en el tema se sugiere utilizar como *metodología el enfoque estratégico* por oposición al enfoque normativo que permite una mayor flexibilidad en las negociaciones.

“(…) Parece fundamental el enfoque estratégico (...) debemos ir de menos a más en estos temas. La peor discusión es la discusión normativa, la que dice “debe ser esto” y entonces, si no es esto no hablemos más, yo me quedo en mi posición, el Estado como siempre falla y la política no responde a las necesidades de la gente.”

En relación a la *inclusión de los cuidados en la agenda pública* se plantea que a diferencia de otros períodos, la agenda pública actual tiene muchos componentes que desbordan la capacidad de la sociedad

para seguirlos y empujarlos. Ante esta situación, generar una masa crítica con capacidad de propuesta y seguimiento de las políticas de cuidado es muy importante.

Se constata además que existen *propuestas de corto plazo* que se pueden ir desarrollando mientras se discute el gran tema del régimen de bienestar.

“El diseño de alternativas que apunten a políticas más integrales de salud que incluyan los cuidados, cuenta ya con propuestas claras a desarrollar a corto plazo que se pueden tomar mientras se procesa esa discusión más complicada, sobre cómo reorganizar nuestro régimen de bienestar. Otras medidas de más largo plazo requieren ingresar en la agenda política y procesarse a través de discusiones de los distintos actores, y en las que vamos avanzando en este debate abierto ahora.”

A pesar de que los cuidados de la salud son importantes, hubo participantes que opinaron que el sector salud no sería la mejor puerta de entrada para avanzar en la conformación de un sistema de cuidados:

“Yo francamente lo veo como un tema que no es del sector salud. Los cuidados tal como los hemos abordado aquí —aun los cuidados de la salud—, cuidados que se producen en el seno de la sociedad o fuera del sistema institucionalizado son temas que hay que verlos en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales.”

Siguiendo con esta línea de pensamiento se propuso que la temática de cuidados debe ser encuadrada *más allá del sistema de salud* haciendo énfasis en aquellos que se pueden realizar en el ámbito doméstico a personas con discapacidades de diferente tipo y en los cuales los cuidados de la salud sólo constituyen una parte.

Incluir el tema en la agenda política requiere de un paso superior de *síntesis y propuesta*:

“Incluirlo en la agenda pública necesita de algún clic, que podamos hacer para toda aquella cuestión que está fragmentada, que está en la agenda social, pero que no está en la agenda política. Me parece que no hay una visión de conjunto ni mucho menos una visión estratégica.”

Para avanzar en ese sentido se sugiere tener *delimitadas las áreas de cuidado* y definir los *distintos niveles de institucionalidad* que abarquen al conjunto del territorio en el cual se destaca la importancia de lo local, nivel que por su cercanía puede dar cuenta de la singularidad de las situaciones y mantener un vínculo más estrecho con la persona dependiente y su familia

Acerca de cuáles podrían ser los primeros pasos para avanzar en

una línea propositiva que incida directamente en las reformas gubernamentales en proceso y analizar pormenorizadamente las propuestas planteadas en el inicio de este documento, quedan planteadas algunas posibilidades y oportunidades actuales:

- Agendar la temática de los cuidados en la discusión de la estrategia nacional para la infancia 2010-2030, que se está iniciando en este momento, y que es un enorme desafío que tiene también fuertes vínculos con dar una respuesta a este tema.
- Incidir en el Consejo Nacional de Políticas Sociales y en particular en la relación MIDES, BPS y MSP para empezar a encontrar un diseño de intervenciones, de líneas de acción: algunas concretas, otras de habilitación que permitan intervenir.

Por último se planteó la necesidad de efectuar una sensibilización e incidencia en la *agenda parlamentaria*, como una de las estrategias que enriquece y afianza el marco de oportunidad para la discusión de este tema.

Anexo 1

Las familias y el sistema de salud desde la perspectiva de género

Rosario Aguirre¹

Este documento pertenece al capítulo IV del “Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay” realizado para el Programa Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Introducción

En las últimas décadas un número importante de estudios provenientes de distintas disciplinas de las Ciencias Sociales han mostrado que las familias se han visto enfrentadas a cambios muy importantes entre los cuales se señalan las transformaciones sociodemográficas, las crisis económicas, los cambios en los valores que conducen a nuevas pautas de relación entre los sexos y generaciones y la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

Uno de los campos teóricos y de investigación más innovativos es el que centra su atención en las familias como agencia del bienestar, teorizando e investigando empíricamente acerca de un conjunto de funciones fundamentales: las funciones de prestación de servicios básicos y las funciones expresivas y de cohesión afectiva que se cumplen a través del trabajo doméstico y los cuidados familiares. En el campo de la salud las familias prestan a sus miembros en relación con la salud/enfermedad servicios de infraestructura básica: alimentación, limpieza, relaciones sociales, servicios no remunerados relacionados con la enfermedad como el acompañamiento, la aplicación y vigilancia de los tratamientos, así como la gestión del consumo de los servicios salud en relación a elección, tramitaciones, pago, adquisición de medicamentos, etcétera. (ver Durán, 1999, p. 71).

La literatura convencional sobre políticas sociales considera como pilares fundamentales al Estado y al mercado, tanto las orientaciones que priorizan el rol del Estado como las que le otorgan un rol subsidiario dejan en la oscuridad los papeles asignados a las familias y a la comunidad; ellas deben ajustar sus funciones según la actuación de las otras esferas. Es importante desplazar el foco hacia las actividades

1 Este capítulo fue elaborado por Rosario Aguirre. Profesora titular e investigadora en régimen de dedicación total de la Universidad de la República.

que se cumplen en la esfera familiar, entre las cuales las vinculadas al cuidado de la salud tienen un papel central para el bienestar personal y social. Estas actividades eventualmente pueden ser mercantilizadas total o parcialmente, o apoyadas por el Estado a través de diferentes servicios.

La expansión de los servicios de salud y la atención a las personas dependientes y niños pequeños han sido dimensiones fundamentales en la expansión de los estados de bienestar, en los cuales las mujeres han tenido un papel fundamental como trabajadoras asalariadas. Pero a pesar de este movimiento de “desfamiliarización”, una parte importante del trabajo doméstico familiar de cuidado de niños, adultos mayores dependientes y enfermos ha permanecido en los hogares a cargo fundamentalmente de las mujeres, trabajo que se ha visto incrementado por las crisis económicas recientes y por desplazamiento de la provisión de recursos institucionales que proveen el bienestar desde el Estado hacia el mercado.

Las familias siguen siendo las unidades sociales que intermedian la relación entre las personas y el sistema sanitario, proporcionando las condiciones básicas para el mantenimiento de la salud (prevención) y también para la realización de terapias médicas (rehabilitación)². Consideramos que la división sexual del trabajo en las familias y la atribución de las funciones de cuidado a las mujeres es un factor clave para entender las limitaciones que las mismas tienen para el efectivo ejercicio de sus derechos económicos, políticos y sociales, entre ellos el derecho a la salud.

Este capítulo está organizado en seis secciones. En la primera se presenta la evolución de las estructuras familiares. En la segunda se analizan los cuidados familiares y la sobrecarga de trabajo de las mujeres. La tercera trata de la feminización del envejecimiento y de los cuidados familiares de los adultos mayores. La cuarta refiere a la discapacidad, en cuanto constituye un campo específico de los cuidados familiares en salud. En quinto lugar se examina la oferta institucional de servicios de cuidado para niños pequeños y para adultos mayores. Por último, se plantean lineamientos tendientes a corregir vacíos en el conocimiento y a promover políticas orientadas a enfrentar el déficit de cuidados y a establecer medidas de promoción de oportunidades y calidad de vida para las personas y las familias.

2 Estudios realizados en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España han permitido estimar que el volumen de trabajo remunerado dedicado al cuidado de la salud es sólo 12% del total de horas anualmente dedicadas a ello por el conjunto de la población española (Durán, *op. cit.*, p. 19).

1. Evolución de las estructuras familiares y la relación con el sistema de salud

El sistema de salud se apoya en las familias, bajo el supuesto de un modelo tradicional de pareja e hijos y una unidad armónica que presta estos servicios. Sin embargo, las evidencias empíricas que proporcionan estudios recientes dan cuenta de importantes cambios en la estructura y organización familiar. Comprender estas transformaciones contribuyen a que las políticas sanitarias puedan ser más justas y eficientes.

En Uruguay, el tamaño medio de los hogares se ha reducido debido a la declinación del número de hijos y al aumento de los hogares unipersonales. Es el país de la región que registra el menor tamaño promedio por hogar: 3,3 personas en 1990 y 3,1 personas en 2002. Por otra parte, el número promedio de personas por hogar varía notablemente según los niveles de ingresos. En 2002, la diferencia entre el quintil 1 (el más pobre) y el 5 (el más rico) es de 1,5 lo que evidencia la existencia en la población de patrones culturales diferenciales respecto a la conformación y modos de vivir en familia.

Cuadro 1. Evolución del tamaño medio de los hogares según quintiles de ingreso, 1990-2002

año	QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1990	4,5	3,5	3,1	2,8	2,4	3,3
2002	4,6	3,4	2,8	2,4	2,1	3,1

Fuente: CELADE, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

En general, los censos y encuestas de hogares clasifican los hogares en unipersonales, nucleares, extensos y compuestos. Esta clasificación estadística convencional deriva de la imagen arquetípica que remite a un núcleo compuesto por padre, madre e hijos que viven bajo un mismo techo. Por lo general, este tipo de familia fue además el modelo sobre el cual se planificaron las políticas sociales, entre ellas las políticas de salud. Si bien esta es la forma de convivencia familiar más frecuente en la realidad nos encontramos con una diversidad de situaciones como, por ejemplo, personas que viven con sus hijos pero sin pareja y parejas que pueden vivir con hijos propios y de parejas anteriores. Es así como los estudios más recientes que se basan en censos y encuestas de hogares recurren a clasificaciones más detalladas, con mayores niveles de desagregación, mediante nuevos procesamientos de estas fuentes para mejor caracterizar las estructuras familiares y sus transformaciones. En este trabajo se ha recurrido a la tipología de hogares propuesta en un trabajo reciente por CEPAL (Arriagada, 2005).

Cuadro 2. Hogares urbanos familiares y no familiares según tipos de hogar, 1990-2002

	Total	TIPOS DE HOGAR								
		No familiares			Familias					
				Subtot.	Nucleares				Otros tipos	
		Unip.	S/ núc. Conyug.	Nuclear	Nuclear s/hijos	Nuc. bip. c/ hijos	Nuc.mon. c/Jefe H.	Nuc.mon. c/ jefe M.	Exten.	Comp.
1990	100	13,9	5,6	64,3	17,0	38,9	1,3	7,2	14,9	1,3
2002	100	17,7	5,4	61,3	16,3	34,8	1,6	8,6	14,7	0,9

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

La tipología utilizada permite apreciar que existen *hogares familiares y hogares que no constituyen familias en sentido estricto*. Los datos para 2002 dan cuenta de la existencia en las zonas urbanas de Uruguay de 77% de hogares familiares y de 23% de hogares no familiares constituidos por personas que viven solas (unipersonales) y de personas que no tienen vínculos directos padre/madre, hijo/hija, aunque pueda haber otros lazos familiares o no existir vínculo alguno. Una limitación importante de esta tipología que toma como unidad el hogar es que no da cuenta de las relaciones familiares entre hogares.

En el período considerado se observa una *tendencia al crecimiento de los hogares unipersonales, siguiendo el proceso iniciado en décadas anteriores, los que pasan del 14% al 18%*. La tendencia al crecimiento de las personas que viven solas es atribuible, en gran parte al envejecimiento de la población y a la mayor longevidad de las mujeres. La esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los hombres en siete años (ver cuadro anexo). Estos hogares son fundamentalmente femeninos, con una alta proporción de mujeres mayores viudas; la probabilidad de las mujeres de vivir solas en la fase de la vejez se incrementa no sólo por su mayor longevidad sino también por la mayor edad de los varones con quienes se casaron.

El crecimiento de las personas que viven solas también se relaciona con el aumento de las separaciones y los divorcios y con la emancipación de los jóvenes. La visión estática que nos proporciona la información utilizada, no nos permite dar cuenta de que la vida en solitario puede ser un estado por el que se puede transitar varias veces a lo largo del curso de la vida.

Las familias nucleares contienen una importante diversidad en la forma de estructurarse: biparentales sin hijos, biparentales con hijos y monoparentales. Consideradas en su conjunto, constituyen la forma de convivencia más frecuente con tendencia a la disminución. Mientras que las familias nucleares eran en 1990 el 64% de los hogares urbanos,

en 2002 pasaron a ser el 61%. Debe destacarse el hecho de que *las familias biparentales con hijos que constituyen el modelo tradicional de familia con padre, madre e hijos constituyen solamente el 35% de los hogares.*

Los hogares biparentales no sólo tienden a decrecer sino que ha habido cambios en las pautas de formación y disolución de las familias, descenso de matrimonios, más convivencia en pareja sin matrimonio legal y más familias reconstituidas³.

En tanto los hogares biparentales tienden a decrecer, *los hogares monoparentales cuyas responsables son mujeres —9% de los hogares— registran, en la última década, una leve tendencia al aumento.* Debemos aclarar que en esta categoría no están contabilizados los monoparentales en los que conviven otros parientes, que son considerados en la categoría de hogares extensos.

En Uruguay se constata que las familias extensas, que constituyen el 14% de los hogares, continúan siendo una importante forma de convivencia. Los hogares trigeracionales, forma arquetípica de la familia tradicional extensa, se ha mantenido como forma de enfrentar las dificultades que encuentran las parejas jóvenes para acceder al mercado de vivienda.

Otro aspecto a tener en cuenta es el cambio que han experimentado los hogares respecto al supuesto tradicional de la existencia en las familias de un ama de casa a tiempo completo. *En la actualidad, 37% de los hogares nucleares tienen dos proveedores económicos por lo que no existe en ellos una mujer dedicada exclusivamente a las tareas del hogar.*

Cuadro 3. Tipos de familias nucleares y trabajo femenino en zonas urbanas. 1990-2002

	TIPOS DE FAMILIA							Total
	Nuclear biparental				Nuclear monoparental		Jefatura masculina	
	Sin hijos		Con hijos		Jefatura femenina			
Cóny. trabaja	Cóny. no trab.	Cóny. trabaja	Cóny. no trab.	Jefa trabaja	Jefa no trabaja			
1990	7,7	18,8	27,4	32,9	5,6	5,6	2,0	100,0
2002	8,3	18,4	28,6	28,2	7,5	6,5	2,6	100,0

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares.

3 En atención a demandas de información dirigidas al Instituto Nacional de Estadística, se ha incorporado al cuestionario de la Encuesta Continua de Hogares (2002) una pregunta que permite apreciar que alrededor del 5% de los hogares urbanos son de este tipo y que un 13% de los hogares biparentales tienen hijos de uno solo de los cónyuges o hijos de la pareja y de otra unión.

Hay una clara relación entre las formas de convivencia y los niveles de ingreso del hogar. Mientras algunas personas viven en los hogares que desean, otras se ven impelidas a formar o permanecer en núcleos familiares que le faciliten la sobrevivencia. En los sectores más pobres tenemos un porcentaje importante de parejas con hijos, de familias extensas y monoparentales⁴, mientras que en los hogares de más altos ingresos hay más variabilidad de arreglos familiares, con mayores proporciones de parejas sin hijos y de quienes no viven en familia.

Cuadro 4. Tipos de Hogares urbanos según nivel de ingreso del hogar. 1990-2002

		TIPOS DE HOGARES															
		Unipersonales				Monoparentales				Nuc. s/hijos		Biparentales		Ext. y Comp.		S/ núcleo	
		M		H		M		H									
Q		1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
	1990	2,6	18,8	1,8	7,6	9,0	5,8	0,9	1,7	5,7	25,2	51,4	27,2	25,0	7,2	3,7	6,7
	2002	0,3	24,9	1,4	12,5	9,8	7,1	1,5	1,5	4,2	21,9	52,2	22,2	27,0	5,3	3,6	4,7

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

En las formas de vivir en familia se mezclan rasgos propios del proceso de modernización, tales como la mayor esperanza de vida, la búsqueda de independencia, la “destradicionalización” de la vida familiar y otros que son producto del fuerte impacto de la pobreza de ingresos, de tiempo y de vínculos sociales.

Estudios realizados en los últimos años han revelado que en los países latinoamericanos ha habido cambios importantes en la magnitud de las familias, que se ubican en cada etapa del ciclo vital como resultado del descenso de las tasas de natalidad y del aumento de la esperanza de vida (Arraigada, 2001, 2005).

Siguiendo la tipología propuesta por CEPAL, para estudiar los hogares según las etapas del ciclo de vida familiar⁵ se observa que en Uru-

4 Las mujeres pobres que viven en hogares monoparentales tienen una mayor proporción de hijos preescolares, escolares y liceales que las mujeres no pobres, debiendo sustentar un mayor número de dependientes que otros hogares. Soportan limitaciones de tiempo y movilidad por las zonas en que residen y por las dificultades para el cuidado de sus hijos (Aguirre, 2004, p. 244).

5 *Pareja joven sin hijos*: es la pareja que no ha tenido hijos y en la que la mujer tiene menos de 40 años. *Etapas*: *Etapa inicial*: corresponde a las familias que sólo tienen uno o más hijos de 5 años o menos. *Etapas de expansión*: familias cuyos hijos mayores tienen entre 6 y 12 años, independientemente de la edad del hijo menor. *Etapas de consolidación*: familias cuyos hijos tienen entre 13 y 18 años o aquellas en las que la diferencia entre los hijos mayores y menores es generalmente de 12 a 15 años. *Etapas de salida*: familias con hijos menores de 19 o más años. *Pareja mayor sin*

guay, en la última década se mantuvo estable la proporción de parejas jóvenes sin hijos y se redujeron las familias en la etapa inicial. Aumentaron sobre todo las familias en la etapa de salida e incluso disminuyeron levemente las parejas mayores sin hijos. Esto corrobora la afirmación realizada anteriormente sobre la tendencia a que, en el contexto de la crisis de empleo y de mecanismos de acceso a la vivienda, los hijos de más edad tiendan a permanecer más tiempo en sus hogares.

Cuadro 5. Hogares urbanos según etapa del ciclo vital familiar. 1990-2002

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR		
	1990	2002
Pareja joven sin hijos	4,0	4,0
Etapa inicial	8,1	7,5
Etapa expansión	15,3	13,7
Etapa consolidación	28,8	27,7
Etapa de salida	23,6	27,2
Pareja mayor sin hijos	20,2	19,9
TOTAL HOGARES	100	100

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

La información presentada permite apreciar la diversidad de situaciones familiares, tanto en términos de los tipos familiares como en relación con las etapas del ciclo de vida. Estos hogares tienen diferentes recursos de ingresos, educación, disponibilidad de tiempo, lo que debería estar presente en las relaciones del personal de salud con las personas que tratan y en la organización del sistema sanitario, a los efectos de favorecer el ejercicio del derecho a la salud.

2. Los cuidados familiares y sobrecarga de trabajo de las mujeres

Los cuidados familiares a los niños, los enfermos y adultos mayores dependientes forma parte de un conjunto de actividades domésticas que suponen producción de servicios tales como cocinar, limpiar el hogar, lavar y planchar ropa, realizar reparaciones, organizar y distribuir tareas, así como hacer compras y realizar gestiones ante las instituciones. Constituyen trabajos realizados en el ámbito familiar que son indispensables para el desarrollo y el bienestar de la vida cotidiana. Si bien se reconoce el aspecto afectivo y emocional que conllevan estas

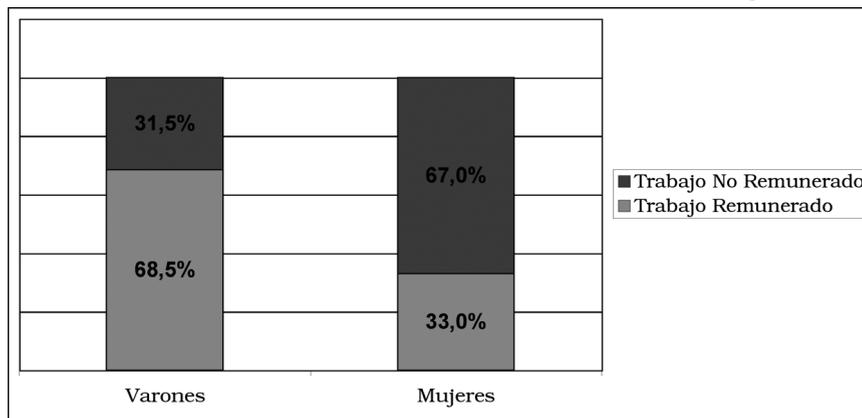
hijos: es la pareja sin hijos en la que la mujer tiene más de 40 años (véase CEPAL, Panorama social de América Latina, 2004:203).

actividades, pueden también ser delegadas en otras personas ajenas a la familia, en forma remunerada o no.

Una encuesta sobre el uso del tiempo en el trabajo no remunerado, en los hogares de Montevideo y área metropolitana, realizada en 2003 (Aguirre y Batthyány, 2005) se propuso cuantificar la “carga total de trabajo”, trabajos remunerados y no remunerados, que la sociedad realiza para vivir en las condiciones actuales, por medio de las unidades físicas de tiempo que a ellos se dedican y la división de esa carga global de trabajo entre hombres y mujeres⁶.

Los hallazgos obtenidos en Montevideo son consistentes con los obtenidos en otros países. El trabajo no remunerado insume más tiempo que el remunerado. Más de la mitad del tiempo total de trabajo es no remunerado. Por otra parte, esta carga de trabajo se distribuye desigualmente. Las mujeres dedican 67 % de su tiempo al trabajo no remunerado y el 33% al remunerado, mientras que la proporción masculina es la inversa. Los hombres dedican el 69% de su tiempo al trabajo remunerado y el 31% al trabajo no remunerado.

Gráfico 1. Distribución porcentual del tiempo semanal de trabajo según sexo



Fuente: Encuesta sobre Usos del tiempo y Trabajo no remunerado. Montevideo, 2003

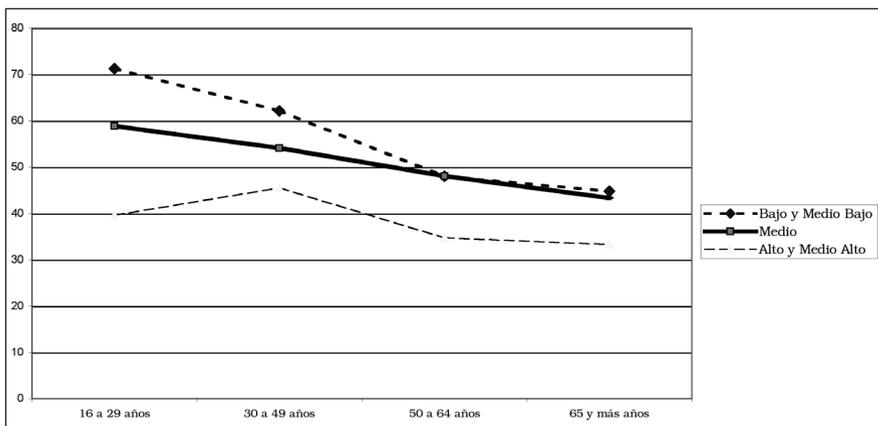
El trabajo no remunerado en los hogares está en relación directa con el tipo de conformación del hogar y con el ciclo de vida en que se encuentran sus integrantes, influyendo particularmente el número de dependientes en el hogar.

También se ponen de manifiesto en este estudio las desigualdades

6 En Uruguay se ha realizado por primera vez una encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado en Montevideo y su área metropolitana en 2003. El estudio estuvo a cargo del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

sociales en el reparto del tiempo destinado al trabajo no remunerado. La dedicación en tiempo es significativamente mayor en el estrato socioeconómico bajo y medio bajo. En ese estrato la mayor dedicación corresponde a las más jóvenes (de 16 a 29 años de edad), que son las que tienen a su cargo niños pequeños.

Gráfico 2. Promedio de horas semanales destinadas al trabajo no remunerado por la responsable del hogar mujer según nivel socioeconómico y grupo de edad



Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado. Montevideo, 2003

Los resultados de esta encuesta muestran que en la totalidad de los hogares se realiza trabajo doméstico, el cuidado de niños es realizado en 63% de los hogares y el cuidado de adultos dependientes en 4% de los hogares. Se constataron grandes dificultades para el relevamiento de las actividades de cuidado de las personas adultas dependientes y se establecieron varias hipótesis acerca de su posible subregistro. Una de las hipótesis más plausible es la que considera que muchas de las actividades de cuidado, cuando no se realiza una actividad física concreta, no se las considera como cuidados (ver Aguirre, Batthyány, *op. cit.*). Actualmente está en ejecución una investigación específica sobre los cuidados de los adultos mayores que se propone indagar con técnicas cualitativas, en los hogares identificados en la encuesta donde residen adultos mayores, el tiempo dedicado al cuidado y las formas que asumen las prestaciones que ellos reciben.

3. Feminización del envejecimiento y cuidados familiares de los adultos mayores

En Uruguay, en los últimos tiempos se ha comenzado a hablar del “envejecimiento” de la población debido al aumento de la cantidad de

personas mayores de 60 o de 65 años⁷ en proporción a la población total. Los estudios realizados por CELADE muestran que Uruguay se ubica en el grupo de países de la región que se encuentran en una etapa avanzada de la transición demográfica⁸. De acuerdo a las estimaciones realizadas por CELADE (2005), Uruguay está en primer lugar en cuanto al porcentaje de la población mayor de 60 años, la cual alcanza al 17.2% de la población total, junto a Cuba (15.1%) y Argentina (13.8%).

El progresivo envejecimiento de nuestra sociedad es un proceso que, de acuerdo con proyecciones estadísticas, continuará agudizándose durante las próximas décadas, de forma tal que el porcentaje de población de 65 años y más que en 2005 representa el 13% de la población total pasará a representar el 15 % y el 19% en los años 2025 y 2050, respectivamente. Esto significaría que en el 2025 habrá casi 150.000 adultos mayores más que en la población actual⁹.

Cuadro 6. Evolución de la población de 65 años y más según sexo, 1990-2000-2005 y proyecciones 2015-2025. Datos absolutos y porcentajes.

		1990		2000		2005		2025		2050	
			%		%		%		%		%
Población 65 años y más	H	148.229	4,8	173.976	5,2	179.530	5,2	232.816	6,0	359.317	8,5
	M	209.296	6,7	256.215	7,7	270.480	7,8	340.240	8,8	474.696	11,3
	T	357.525	11,5	430.191	12,9	450.010	13,0	573.056	14,8	834.013	19,8
Pob. total		3.105.556		3.337.062		3.455.127		3.872.730		4.219.364	

Fuente: CELADE, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

El crecimiento del grupo de los mayores de 80 años es llamado por los especialistas “*envejecimiento dentro del envejecimiento*”. Son quienes poseen un mayor grado de dependencia para sus cuidados de salud

7 En la mayor parte de los estudios los adultos mayores se definen como las personas que tienen 60 años de edad o más, otros consideran los 65 años o más debido a que se considera que es a partir de esta edad que la mayor parte de las personas pasan a estar jubiladas.

8 Este proceso que vive nuestra sociedad así como sus consecuencias no es un fenómeno aislado ni reciente, por el contrario ha sido el resultado de los patrones de crecimiento de la población que pueden observarse en América Latina en los últimos cincuenta años. Afirman los especialistas que la dinámica de la fecundidad, la mortalidad y la estructura por edades implica que la trayectoria de las tasas vitales experimentadas por los países de América Latina durante los últimos cincuenta años conducirá sistemática e inexorablemente al envejecimiento de su población. Existe acuerdo en que, si bien este proceso no seguirá en todos los países un curso único y homogéneo, no se revertirá. Y, de acuerdo con las proyecciones actuales, para 2025 más de la mitad de los países latinoamericanos ya habrán experimentado un envejecimiento sustancial de su estructura por edades.

9 Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Año 2005.

y los que generan mayor demanda de atención clínica y hospitalaria por la alta incidencia en este grupo de edad de enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes. Constituyen actualmente el 3% de la población total del país, 103.249 personas que pasarán dentro de veinte años a ser 143.252 según las proyecciones de CELADE (Cuadro 2 del Anexo). Dentro de este grupo el 66,7% son mujeres.

Cuadro 7. Evolución de la población de 80 años y más, por sexo, 1990-2000-2002. Datos absolutos y porcentajes

SEXO	1990		2000		2005	
		%		%		%
Mujeres	42.939	64,6	58.746	66,5	68.772	66,6
Hombres	23.490	35,4	29.619	33,5	34.477	33,4
TOTAL	66.429	100	88.365	100	103.249	100

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

El índice de femineidad pauta la superioridad numérica de las mujeres debido a su mayor esperanza de vida, adquiriendo mayor intensidad a medida que avanza la edad: entre los 60 y 64 años hay 117 mujeres por cada cien varones, entre los 65 y 69 años hay 128 mujeres por cada cien varones, entre los 70 y 74 años hay 137, entre los 75 y 79 años hay 158 y entre quienes igualan o superan los 80 años, el número de mujeres casi duplica al de los varones con un índice de 199.

Cuadro 8. Índice de femineidad de la población mayor de 64 años según grupos de edades 2000-2005

GRUPOS DE EDAD		
	2000	2005
65- 69	124	128
70- 74	138	137
75- 79	157	158
80 y más	198	199

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

Si bien han surgido en la discusión pública diversas cuestiones relacionadas con el envejecimiento, como es el papel de las familias, los servicios de salud y acompañamiento y la seguridad social, entre otros, en los análisis de estos temas las consideraciones de género no han tenido

por el momento centralidad. Además del incremento en la demanda de servicios de salud, lo que debería llamar a la reflexión son las dificultades que se presentarán en el futuro para la atención de las personas mayores, debido a la disminución de la dotación de cuidadoras/es por la reducción del tamaño, las transformaciones en la estructura de los núcleos familiares y la generalización del trabajo extradoméstico de las mujeres.

Envejecimiento y cuidado de la salud

El envejecimiento demográfico y su impacto en la salud ha sido objeto en Uruguay de varios estudios recientes.

En 1999 se realizó una investigación, a través de la aplicación de la Encuesta sobre “Estilos de vida y salud de la población adulta” (ENEVISA), cuyo relevamiento se realizó bajo la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística¹⁰. Este estudio culminó con un informe que analiza la información producida en el que se destaca la incorporación como tema emergente —de especial interés desde la perspectiva de género— de la problemática de los adultos mayores que cuidan a adultos mayores.

Un segundo estudio es la Encuesta sobre “Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE)¹¹, que forma parte de un programa regional¹², aplicada en Montevideo entre octubre de 1999 y diciembre de 2000 que también proporciona una visión integral de la problemática del envejecimiento de la población mayor de 60 años que reside en Montevideo¹³. Esta en-

10 Damonte, Ana María. *Cómo envejecen los uruguayos*. CEPAL. Oficina Montevideo, Uruguay. 2000

El estudio fue realizado en el marco del Convenio de Cooperación Técnica CEPAL-Ministerio de Salud Pública Envejecimiento demográfico y su impacto en la salud.

11 Peláez, Martha; Palloni, Alberto; Albala, Cecilia; Alfonso, Juan C.; Ham-Chande, Roberto; Hennis, Anselm; Lebrao, María Lucía; León-Díaz, Esther; Pantelides, Edith; Prats, Omar. SABE- Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000 [archivo electrónico]; Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor], 2004.

12 Esta encuesta también fue aplicada en ciudades de Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, México y Chile, para proporcionar una evaluación del estado de salud y las condiciones de vida actuales de las personas adultas mayores en los centros urbanos más importantes de los países mencionados.

13 El organismo responsable de su ejecución fue la Comisión de Salud Cardiovascular de la República y contó con el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud Pública (MSP), y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, México y Chile, para proporcionar una evaluación del estado de salud y las condiciones de vida actuales de las personas adultas mayores en los centros urbanos más importantes de los países mencionados.

cuesta ha sido analizada en sus aspectos más generales y dado que OPS ha puesto a disposición de los usuarios los microdatos de las encuestas realizadas, se ha procedido a realizar nuevos procesamientos para proceder a la desagregación de la información por sexo con la finalidad de identificar desigualdades de género en algunas de las dimensiones incluidas en la encuesta.

Por otra parte, se ha realizado en 2004 una encuesta sobre “Reproducción biológica y social de la población uruguaya”¹⁴ la cual contiene una parte dedicada a la población de adultos mayores de 60 a 79 años. No se disponen por el momento los procesamientos correspondientes a esta parte (formulario B) de la encuesta.

Queda pendiente el análisis comparado de las mencionadas fuentes de información lo que permitirá optimizar la utilización de los estudios realizados.

A continuación se analizarán los datos especialmente tabulados desagregados por sexo procedentes de la encuesta SABE.

Autopercepción del estado de salud

Al hablar del estado de salud de los adultos mayores es importante tener en cuenta aspectos que no solamente están ligados a la existencia de enfermedades, sino también se vuelve imprescindible considerar la “percepción” que el propio adulto mayor posee de su estado de salud. Si partimos pues de esta “autopercepción” podemos notar que en nuestro país el 36% del total de los adultos mayores consideran tener una salud regular o mala. Si observamos las diferencias por sexo, observamos que dentro de quienes perciben tener una salud regular o mala 66,6% son mujeres y 33,4% son hombres. Observando las diferencias por edades, podemos notar que para todos los tramos existe una brecha significativa entre hombres y mujeres, alcanzando su máxima diferencia en el tramo que comprende a quienes tienen entre 75 y 79 años. Pero un aspecto de fundamental importancia surge al observar que el porcentaje de mujeres que dicen tener una salud regular o mala aumenta de acuerdo a la edad para los tres primeros tramos que incluyen a quienes tienen de 65 a 79 años, mientras que para los hombres esta variación es inversa en tanto disminuye según aumenta la edad. La excepción a este comportamiento se invierte luego para los adultos mayores de 80 años y más, donde se observa un descenso del porcentaje de mujeres

14 Esta encuesta cuenta con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud Pública, Programa Salud de la Mujer y Género, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Secretaría de la Mujer (IMM), la Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología y Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

que reportan este estado, y un aumento en el número de hombres de manera inversamente proporcional al comportamiento que se registra para los tramos anteriores.

Cuadro 9. Porcentaje de adultos mayores de 65 años y más con salud autopercebida regular o mala por sexo y grupos de edad, 2000

	Salud autopercebida regular o mala		
	M	H	T
65-69	63,2	36,8	100
70-74	65,3	34,7	100
75-79	74,2	25,8	100
80 y más	65	35	100
TOTAL	66,6	33,4	100
% en rel. a la población total	38,1	32,3	36,0

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos para Montevideo de la Encuesta SABE

Salud física

Cuando nos centramos concretamente en la presencia de enfermedades en los adultos mayores de 60 años, observamos que existen varias enfermedades que, tal como lo muestra el cuadro 10, prevalecen con altos porcentajes en esta población, entre ellas pueden destacarse los problemas dentales, de visión, el reumatismo y la presión alta. Ellas son las enfermedades que prevalecen, pero cabe destacar la primera aquí mencionada que afecta a un 95% de la población mayor de 60 años. Es fundamental destacar además que para todas las enfermedades mencionadas, es mayor el porcentaje de mujeres que la padecen que el de los hombres, salvo dos escasas excepciones como lo es el caso de los ataques al corazón y los problemas de audición. Además, la brecha entre hombres y mujeres se acentúa en detrimento de estas últimas en aquellas enfermedades relacionadas con los problemas físicos como lo pueden ser el reumatismo (brecha de 23,2%) y la osteoporosis (brecha de 11,3%), o en aquellos problemas de origen nervioso (brecha de 12,2%)

Cuadro 10. Prevalencia de enfermedades seleccionadas en la población mayor de 60 años por sexo, 2000. Datos absolutos y porcentajes

	TOTAL		MUJERES		HOMBRES	
		%		%		%
Problemas dentales	1376	95,0	886	96,3	490	92,4
Problema de visión	1138	7,4	731	79,5	407	76,8
Reumatismo	679	46,8	509	55,3	170	32,1
Presión alta	651	44,8	444	48,3	207	39,1
Ataque corazón	335	23,1	212	23,0	123	23,2
Problema de audición	301	20,8	178	19,3	123	23,2
Problema nervioso	233	16,0	189	20,5	44	8,3
Diabetes	188	13,0	127	13,8	61	11,5
Enfermedad pulmonar	134	9,2	76	14,6	58	10,9
Osteoporosis	120	8,3	114	12,4	6	1,1
Cáncer o tumor	87	6,0	62	6,7	25	4,7
Embolia o derrame	57	3,9	39	4,2	18	3,4

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos de Montevideo de la Encuesta SABE.

Salud mental

En relación con la prevalencia de enfermedades y haciendo referencia a las diferencias que encontramos entre ambos sexos, vemos también que existe una brecha muy notoria entre hombres y mujeres en lo que respecta a la depresión. De acuerdo a la medición realizada acerca de la presencia de síntomas depresivos, se obtuvo que el 23% de las mujeres mayores de 60 años se encuentran en dicho estado, en tanto solamente el 13% de los hombres fue evaluado en dicha condición.

Cuadro 11. Prevalencia de la depresión en mayores de 60 años por sexo (medida a través de la escala geriátrica de depresión de Yesavage)¹⁵, 2000

	M	H	T
Presencia de síntomas depresivos (GDS>=6)	23%	13%	20%

Fuente: Sobre la base de tabulaciones especiales de la Encuesta SABE

15 La evaluación de los síntomas de depresión fue realizada en la Encuesta SABE utilizando la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abbreviated Geriatric Depression Scale- GDS, la cual contiene quince ítems, convencionalmente el punto de corte para los síntomas de depresión leve es de seis puntos.

Tipo de aseguramiento

Un aspecto que está ligado a la prevalencia de enfermedades es justamente la atención o el acceso a la asistencia en salud que poseen los adultos mayores. Como podemos observar en el cuadro 12, el 70% de la población mayor de 60 años posee algún tipo de cobertura de salud, no existiendo grandes diferencias en lo que respecta a hombres (96,8%) y mujeres (98,6%). Quizá es más importante la diferencia entre aquellos que no poseen ningún tipo de cobertura de asistencia, en este caso además es importante notar que el número de hombres que no posee aseguramiento de salud (3,2%) es más del doble que el de las mujeres en esta situación (1,4%). Cabe destacar además que en nuestro país el tipo de aseguramiento al que más accede la población de adultos mayores es en primer lugar el brindado por mutualistas privadas (58,6%), y en segundo lugar el que brinda el MSP en carácter gratuito (28,2%).

Cuadro 12. Acceso de la población mayor de 60 años a planes de aseguramiento de salud por sexo, 2000

TIPO DE ASEGURAMIENTO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
		%		%		%
MSP gratuito	283	30,8	126	23,8	409	28,2
MSP c/ arancel pago	7	0,8	9	1,7	16	1,1
Mutualista privada	541	58,8	309	58,3	850	58,6
Mutualista Disse	31	3,4	24	4,5	55	3,8
Emergencia móvil	28	3,0	20	3,8	48	3,3
Acompañamiento	2	0,2	-	-	2	0,1
Otro privado	15	1,6	25	4,7	40	2,8
Ninguno	13	1,4	17	3,2	30	2,1
TOTAL	920	100	530	100	1450	100

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos de Montevideo de la Encuesta SABE

Por otra parte existe quienes poseen además un segundo tipo de cobertura de asistencia. De acuerdo con el cuadro 13 este grupo alcanza el 66,5% de la población total de adultos mayores, existiendo escasa diferencia entre los que no acceden a un segundo tipo de asistencia en lo que refiere a hombres (37,4%) y mujeres (33,2%). En el caso de acceso a este servicio, el más utilizado como segunda opción es el de emergencias móviles con un 57,4%.

Cuadro 13. Acceso de las personas mayores de 60 años a un segundo tipo de aseguramiento de salud por sexo, 2000. Datos absolutos y porcentajes

TIPO DE ASEGURAMIENTO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
		%		%		%
MSP. gratuito	2	0,2	2	0,4	4	0,3
MSP c/ arancel pago	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Mutualista privada	22	2,5	6	1,2	28	2,0
Mutualista Disse	3	0,3	3	0,6	6	0,4
Emergencia móvil	530	59,2	273	54,1	803	57,4
Acompañamiento	16	1,8	8	1,6	24	1,7
Otro privado	24	2,7	23	4,5	47	3,4
Ningún otro	297	33,2	189	37,4	486	34,7
TOTAL	895	100	505	100	1400	100

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos de Montevideo de la Encuesta SABE

Finalmente en el caso del acceso a un tercer tipo de aseguramiento de salud (55,9% de la población mayor de 60 años), observamos nuevamente la existencia de un pequeño diferencial entre hombres (37,4%) y mujeres (33,2%). En este caso el servicio más elegido como tercera opción es el de acompañamiento (23,6%) aunque existe una gran diferencia en el acceso a este servicio (como es de esperarse) entre hombres (18,2%) y mujeres (26,5%).

Cuadro 14. Acceso de las personas mayores de 60 años a un tercer tipo de aseguramiento de salud por sexo, 2000. Datos absolutos y porcentajes

TIPO DE ASEGURAMIENTO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
		%		%		%
MSP gratuito	-	-	1	0,3	1	0,1
MSP c/ arancel pago	1	0,2	2	0,6	3	0,3
Emergencia móvil	13	2,2	6	2,0	19	2,2
Acompañamiento	155	26,5	56	18,2	211	23,6
Otro privado	13	2,2	6	2,0	19	2,2
Ningún otro	403	68,9	237	76,9	640	71,6
Total	585	100	308	100	893	100

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos de Montevideo de la Encuesta SABE

Ayudas recibidas y ayudas realizadas

Estudios realizados en Brasil muestran que a pesar de la diversificación de los tipos familiares y la tendencia a la vida en solitario de los adultos mayores existe un importante intercambio y relaciones de asistencia entre los miembros de la familia, probablemente facilitado por los medios de comunicación y transporte (Goldani, 1999 pp. 75-114). No habría fundamentos para sostener la hipótesis planteada por varios autores de que los modos de vida actuales estarían amenazando la intensidad de las relaciones intergeneracionales, con pérdida de relaciones familiares fuertes, capaces de sustentar el contrato intergeneracional del futuro.

Las relaciones intergeneracionales son un recurso necesario para los adultos mayores y para sus hijos. La dirección del flujo se da en ambos sentidos y los estudios realizados en diferentes contextos muestran que varían según la región de residencia, la edad y las características socioeconómicas de padres e hijos. Los padres que residen con sus hijos tienen mayor probabilidad de recibir ayuda que aquellos que viven solos. En los citados estudios, los tipos de ayuda a los adultos mayores —ya sea material, funcional o instrumental— se encuentran asociados a la co-residencia como a características de los hijos en términos de sexo, edad, situación marital (Saad, 2002).

De acuerdo con los datos de la encuesta SABE para Montevideo, el 86,5% de los adultos mayores afirman recibir algún tipo de ayuda de sus familiares y amigos, existiendo un diferencial entre los hombres que reciben ayuda (37,9%) y las mujeres (62,1%).

Dentro de las ayudas recibidas se encuentra en primer lugar los servicios (67%), el dinero (63,3%), las cosas como ropa, comida, etcétera (51,3%), y finalmente la compañía (29,4%) y otros tipos de ayuda no especificados (14,7%).

En lo que respecta a la diferencia entre hombres y mujeres en relación a lo que reciben de sus familiares, debemos destacar que para todos los tipos de ayuda recibida las mujeres son quienes reciben más ayuda que los hombres, sobre todo en lo que se refiere a ayuda monetaria (brecha de 37%) y compañía (brecha del 30%).

Si observamos por tramos de edades, podemos ver que el porcentaje de mujeres que reciben los distintos tipos de ayuda aumenta de acuerdo a la edad, sin embargo para los hombres se produce a la inversa notándose un cambio únicamente para aquellos que dicen recibir compañía, en este caso se producen cambios fluctuantes de acuerdo a los tramos de edades pero en general se visualiza un aumento del 13,9% en los hombres de 80 años y más respecto a los que están comprendidos entre los 65 y 69 años.

Cuadro 15. Tipos de ayuda que reciben los adultos mayores de 65 años y más de sus familiares y amigos según sexo y grupos de edad, 2000

	TIPO DE AYUDA RECIBIDA DE FAMILIARES Y AMIGOS																	
	Dinero			Servicios			Cosas			Compañía			Otra ayuda			Recibe ayuda		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
65-69	66,7	33,3	100	57,1	42,9	100	57,9	42,1	100	77,8	22,2	100	52,0	48,0	100	61,1	38,9	100
70-74	69,0	31,0	100	56,0	44,0	100	55,4	44,6	100	66,0	34,0	100	54,2	45,8	100	61,3	38,7	100
75-79	68,2	31,8	100	57,7	42,3	100	59,7	40,3	100	51,9	48,1	100	48,5	51,5	100	61,1	38,9	100
80 y más	71,8	28,2	100	62,0	38,0	100	67,7	32,3	100	63,9	36,1	100	65,7	34,3	100	66,9	33,1	100
TOTAL	68,5	31,5	100	57,7	42,3	100	59,2	40,8	100	65,2	34,8	100	54,8	45,2	100	62,1	37,9	100
%/pob. total	63,3			67,0			51,3			29,4			14,7			86,5		

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos para Montevideo de la Encuesta SABE

Respecto a la ayuda que brindan los adultos mayores a sus familiares y amigos observamos que el 84,2% afirma dar algún tipo de ayuda, siendo los principales tipos de ayuda brindada el dinero (61,3%) y los servicios (55,3%). Al igual que en el caso anterior se obtuvo que para todas las ayudas brindadas, es mayor el número de mujeres (61,1%) que brindan ayuda en comparación al número de hombres que lo hace (38,9%).

Para todos los tipos de ayuda observamos que nuevamente las mujeres presentan mayores diferenciales de porcentajes respecto a los hombres, en este caso en lo que se refiere a brindar compañía (mujeres: 70,6%-hombres 29,4%), y en el cuidado de niños (mujeres 67,2%-hombres: 32,8%)

Cuadro 16. Tipos de ayuda que brindan a sus familiares y amigos los adultos mayores de 65 años y más según sexo y grupos de edad, 2000

	TIPO DE AYUDA BRINDADA A FAMILIARES Y AMIGOS																				
	Dinero			Servicios			Cosas			Compañía			Cuid. de niños			Otra ayuda			Da ayuda		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
65-69	52,2	47,8	100	63,3	36,7	100	63,8	36,2	100	75,0	25,0	100	71,6	28,4	100	62,7	37,3	100	61,1	38,9	100
70-74	51,9	48,1	100	60,8	39,2	100	61,9	38,1	100	71,0	29,0	100	67,8	32,2	100	54,5	45,5	100	60,6	39,4	100
75-79	53,1	46,9	100	63,4	36,6	100	59,8	40,2	100	80,0	20,0	100	57,1	42,9	100	60	40	100	61,3	38,7	100
80 y más	53,2	46,8	100	58,6	41,4	100	58,6	41,4	100	46,7	53,3	100	68,2	33,8	100	55,9	44,1	100	62	38	100
Total	52,4	47,6	100	62,0	38,0	100	61,7	38,3	100	70,6	29,4	100	67,2	32,8	100	59,5	40,5	100	61,1	38,9	100
%/pob. Total	61,3			55,3			46,3			9,0			22,3			18,5			84,2		

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos para Montevideo de la Encuesta SABE

En lo que respecta al intercambio de los adultos mayores con la comunidad podemos ver que es escaso, un 4,3% de los adultos mayores dicen recibir alguna ayuda comunitaria, siendo la compañía y cuidado personal (2,6%) y el entretenimiento los tipos de ayuda que más reciben.

Como para los casos anteriores entre quienes dicen recibir ayuda comunitaria prevalece el porcentaje de mujeres (73,5%) ante el de los hombres (26,5%), aspecto que se repite sin excepción para todos los tipos de ayuda recibidos. Entre ellos se destacan las brechas más altas entre hombres y mujeres en lo que se refiere a recibir entretenimiento (brecha de 76,4%), recibir dinero (brecha de 60%), y recibir compañía y cuidado personal (brecha de 58,6%).

Si observamos las diferencias entre los distintos grupos etarios cabe resaltar un aspecto interesante: si bien para el total de la población adulta mayor parece no haber demasiadas variaciones en cuanto al tipo de ayuda comunitaria que reciben de acuerdo a la edad, debe notarse que son solamente mujeres quienes dicen recibir dinero en las tres primeras franjas etarias, es decir hasta los 79 años inclusive; sin embargo dicho comportamiento se invierte para los adultos mayores de 80 años y más donde el 100% de los que lo reciben son hombres.

Algo similar aunque de forma más gradual sucede con quienes afirman recibir acompañamiento y cuidado personal: mientras para las mujeres de 80 años y más disminuye el porcentaje de quienes reciben esta ayuda respecto a aquellas que poseen entre 65 y 69 años (brecha de 26%), entre los hombres se observa el comportamiento inversamente proporcional: aumenta para aquellos de 80 años y más respecto a los que poseen entre 65 y 69 años (brecha de 26%).

Cuadro 17. Tipo de ayuda que reciben los adultos mayores de 65 años y más de su entorno comunitario, según sexo y grupos de edad, 2000

	TIPO DE AYUDA RECIBIDA DE LA COMUNIDAD																	
	Dinero			Cosas			Entretenim.			Comp./cuidado			Otra ayuda			Recibe ayuda com.		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
65-69	-	-	-	33,3	66,7	100	100	-	100	85,7	14,3	100	80,0	20,0	100	63,6	36,4	100
70-74	100	-	100	80,0	20,0	100	100	-	100	77,8	22,2	100	77,8	22,2	100	77,3	22,7	100
75-79	100	-	100	100	-	100	75	25	100	87,5	12,5	100	100	-	100	87,5	12,5	100
80 y más	-	100	100	100	-	100	66,7	33,3	100	60,0	40,0	100	100	-	100	62,5	37,5	100
Total	80	20	100	75,0	25,0	100	88,2	11,8	100	79,3	20,7	100	83,3	16,7	100	73,5	26,5	100
%/ pob. total	0,4			1,1			1,5			2,6			1,6			4,3		

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos para Montevideo de la Encuesta SABE

En cuanto a la ayuda que los adultos mayores de 65 años o más brindan a la comunidad observamos que el 12,4% afirma dar algún tipo de ayuda. Las más prestadas por ellos son el dinero (6,4%) y cosas como ropa, comida, etcétera (6,4%). Sin embargo observando el cuadro 18, vemos que se producen algunas variaciones interesantes: si bien el porcentaje de mujeres que brindan algún tipo de ayuda (63,6%) es mayor que el de los hombres (36,4%), para las actividades vinculadas a dar ayuda administrativa los porcentajes se invierten (mujeres: 31,3%-hombres: 68,7%), y por otro lado los porcentajes se igualan para el tipo de ayuda vinculada a las actividades de enseñanza (m-h: 50%). En cuanto a las diferencias por edades también resulta importante mencionar un aspecto fundamental: mientras que para los hombres disminuye la ayuda prestada de acuerdo al aumento de la edad, disminuyendo a un 20% para quienes poseen 80 años y más, para las mujeres de esta edad la ayuda prestada a la comunidad aumenta notoriamente alcanzando el 60%.

Cuadro 18. Tipo de ayuda que dan los adultos mayores de 65 años y más en su entorno comunitario, según sexo y grupos de edad, 2000

	TIPO DE AYUDA BRINDADA A LA COMUNIDAD																	
	Dinero			Cosas			Tareas admin.			Enseñanza			Otra ayuda			Da ayuda com.		
	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
65-69	70,6	29,4	100	65,2	34,8	100	23,1	76,9	100	25,0	75,0	100	45,5	54,5	100	57,9	42,1	100
70-74	65,2	34,8	100	80,0	20,0	100	33,3	66,7	100	100	-	100	52,9	47,1	100	60,5	39,5	100
75-79	56,3	43,7	100	100	-	100	50,0	50,0	100	33,3	66,7	100	75,0	25,0	100	61,8	38,2	100
80 y más	76,5	23,5	100	73,3	26,7	100	100	-	100	100	-	100	100	-	100	80,0	20,0	100
TOTAL	67,1	32,9	100	78,1	21,9	100	31,3	68,7	100	50,0	50,0	100	57,1	42,9	100	63,6	36,4	100
%/ pob. total	6,4			6,4			2,8			0,9			3,1			12,4		

Fuente: Procesamientos especiales de los microdatos correspondientes a la base de datos para Montevideo de la Encuesta SABE

Observando los cuadros anteriores resta señalar que la diferencia fundamental del intercambio que realizan los adultos mayores con sus familiares y amigos y con la comunidad, es que en la relación con familiares y amigos es mayor el número de adultos mayores que recibe ayuda de éstos (86,5%), que el número de que brindan ayuda (84,2%). Sin embargo esta relación se invierte en lo que respecta a intercambios con la comunidad, ya que en este caso los adultos mayores que reportan brindar ayuda son casi el triple (12,4%) respecto a quienes afirman recibirla (4,3%)

Goldani (*op. cit*) explica la mayor propensión de las mujeres a participar en procesos de intercambio con los hijos, y en general, a cuidar más de los mayores de la familia por una combinación de factores. Entre ellos factores culturales que favorecen la división sexual de los roles de género socialmente definidos, como asimismo la historia de discriminaciones de las mujeres y la falta de oportunidades laborales y educacionales para un segmento importante de mujeres.

“Podría decirse que las políticas y programas sociales, en vez de criticar el abandono de los adultos mayores por sus familias (léase las mujeres), deberían reconocer las transformaciones por las cuales pasan las familias y las mujeres en particular. Urge el reconocimiento del aporte fundamental de las mujeres al presupuesto de la familia de hoy, y lo que representan los costos de las tareas domésticas de esas mujeres en el cuidado de los miembros de la familia en general y de los mayores y niños en particular. Todo esto refuerza nuestro argumento sobre la necesidad de nuevos contratos de género y entre generaciones” (Goldani, *op. cit*).

4. Las discapacidades y los cuidados familiares en salud

Particular importancia tiene este campo de los cuidados en salud por el impacto que esta situación produce por largos períodos en la vida cotidiana de los discapacitados y sus familias. En general la atención es asumida por una sola persona, que suele ser la mujer (cónyuge/hija/madre), lo que significa una carga excesiva que se comparte con otras responsabilidades. En una investigación realizada en España se encontró que el 12% de las/los cuidadoras/es llevan ejerciendo ese papel por más de quince años.

En nuestro país se realizó en 2003 una Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad como módulo de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE). En este estudio la discapacidad es definida como “toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”.

Se propuso obtener información sobre la población con discapacidad física o mental, para cuantificar el peso relativo de los diferentes tipos de discapacidad, sexo, edad, área geográfica, educación, salud, condición de actividad económica e ingreso de las personas y los hogares. La falta de un marco analítico de género implicó que el tema de los cuidados familiares quedara en la invisibilidad. Por otra parte, llama la atención que no se haya recogido información sobre las personas que cuidan, teniendo en cuenta que participó de la propuesta de encuesta la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, en cuyo seno se encuentra la Federación Uruguaya de Asociaciones de Padres de Personas con Capacidades Diferentes (FUAP).

La población con discapacidad si bien es una baja proporción de la población total y creciente con la edad, merece una atención especial dado que es sabido que su calidad de vida es baja y sobre todo cuando pertenecen a los sectores más pobres. Según la Encuesta Nacional sobre Personas con Discapacidad de 2003 la prevalencia alcanza al 7,6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de cinco mil o más habitantes. Unas 210.400 personas, de las cuales el 57,0 % son mujeres.

Más de la mitad de las personas que declaran al menos una discapacidad tienen 65 años o más de edad (51%), le sigue la población de 50 a 65 años (18%) y los adultos de 30 a 49 años (13%). Los niños, adolescentes y jóvenes representan el 18%. Entre los adultos varones menores de 30 años hay mayor incidencia de la discapacidad que en la población femenina de esas edades, situación que tiende a equilibrarse entre los 30 y 49 años, para luego a partir de los 65 años pasar a predominar las mujeres.

Cuadro 19. Distribución de la población con al menos una discapacidad por grupos de edades, según sexo, 2003

	TOTAL	GRUPOS DE EDADES				
		Menos de 15	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
Hombres	100	12,6	12,1	14,2	18,6	42,5
Mujeres	100	6,6	6,1	12,0	18,2	57,1
TOTAL	100	9,2	8,7	12,9	18,4	50,8

Fuente: INE. Encuesta Nacional sobre personas con discapacidad, 2004

Se encuentran diferencias importantes según el sexo en algunas discapacidades. Es mayor el porcentaje de mujeres que presentan discapacidad visual y motora lo cual se relaciona con el predominio de las mujeres en la población adulta mayor. En cambio, las limitaciones mentales que dificultan el aprendizaje se presentan con mayor peso entre los varones.

Cuadro 20. Distribución de las personas discapacitadas por tipo de discapacidad según sexo, 2003

PRINCIPAL DISCAPACIDAD	H	M	T
Visión	21,8	27,3	25,0
Audición	14,6	12,9	13,6
Habla	3,3	1,7	2,4
Caminar	27,3	34,3	31,3
Mover brazos o manos	4,3	6,0	5,3
Limitaciones mentales que dificultan el relacionamiento	7,3	5,4	6,2
Limitaciones mentales que dificultan el aprendizaje	15,1	7,7	10,9
Otra limitación permanente	6,3	4,7	5,4
TOTAL	100	100	100

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad, 2004

Cuadro 21. Acceso de la población con discapacidad a sistemas de atención de salud 2003¹⁶

	TIPO DE COBERTURA				
	Sin cobertura	Mutualista	MSP/ Hosp. Clínicas	Otras/incap. Em. Mov.	TOTAL
Con discapacidad	1,4	42,0	49,1	7,5	100
Sin discapacidad	3,2	43,9	43,9	9,0	100
TOTAL	3,1	43,7	44,3	8,9	100

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad, 2004

La encuesta muestra que más de la mitad de la población de 14 años y más de edad con discapacidad percibe ingresos por transferencias (pensiones por invalidez, compensaciones por accidentes laborales, becas, subsidios o donaciones de instituciones, ayudas familiares o ayudas de otros hogares). En la población sin discapacidad las transferencias alcanzan únicamente al 21%.

Conocer la magnitud y tipo de discapacidad por sexo de las personas resulta necesario para diseñar acciones específicas para mujeres y hombres, pero no es suficiente, se necesitaría además información sobre el sistema doméstico de atención a las personas con discapacidad, a cargo fundamentalmente de mujeres cuyas condiciones de vida y trabajo no se conocen¹⁷.

5. La oferta institucional de servicios de cuidado

Estudiar la oferta de servicios de cuidado presenta dificultades por la falta de sistematización de la información que se encuentra dispersa en distintas instituciones públicas y privadas y por otra parte, por la existencia de una oferta informal difícil de captar que se presta en los domicilios o en residencias que no disponen de habilitación de las autoridades competentes.

Los servicios de cuidado infantil

Los niveles de cobertura de los servicios de cuidado infantil presentan dos realidades diferenciadas, según se trate de niños de 0 a 3 años o de

16 No se ha podido acceder a estos datos según sexo, actualmente se encuentran en proceso de búsqueda.

17 En entrevistas grupales con mujeres cuidadoras —en el marco de una investigación exploratoria en curso en el Departamento de Sociología, FCS, Universidad de la República— destacan la sobrecarga física y emocional que supone hacer frente a la situación sin disponer de suficiente formación, recursos económicos y materiales y apoyo de servicios profesionales y sociales.

niños ubicados entre 4 y 5 años de edad. A partir de la reforma educativa de 1995 estos últimos se encuentran incorporados a la educación pre-escolar obligatoria y para los cuales existen servicios públicos gratuitos. Para los niños de 0 a 3 años la oferta de servicios de cuidados es reducida, la cobertura de asistencia a establecimientos públicos y privados alcanza en el año 2005 al 11.4% de los niños de esas edades. La actual Administración busca ampliar la cobertura de los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF) a los niños de 0 a 3 años en situación de vulnerabilidad social y se ha incluido en la convocatoria ciudadana al “Debate Educativo”, realizada recientemente por el actual gobierno (abril de 2006) la discusión sobre la función que debe cumplir el Estado para atender la educación desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.

Puede observarse una caída en la cobertura de asistencia de los niños más pequeños en el año 2002, la cual se vincula a la aguda crisis por la que transitó el país ese año, indicando los efectos que los factores macroeconómicos tienen sobre los cuidados familiares. Es probable que esta situación de sobrecarga de trabajo familiar incida en el descenso de las tasas de natalidad que se observa a partir de los últimos años, especialmente a partir del 2002, en que baja la cobertura de servicios de cuidado para los más pequeños.

Cuadro 22. Cobertura de asistencia a establecimientos de cuidado infantil de los niños de 0 a 3 años y de 4 y 5 años en Montevideo e Interior Urbano 1990-2000-2002-2004-2005

	1990	2000	2002	2004	2005
0 a 3 años	14,1	12,4	9,9	11,6	11,4
4 y 5 años	64,1	82,3	82,1	85,9	88,0
0 a 5 años	31,9	42,1	36,5	38,5	38,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de procesamientos realizados por el Banco de Datos Sociodemográficos de la Facultad de Ciencias Sociales de los datos de las Encuestas Continuas de Hogares del INE

Se carece de información sistematizada sobre los servicios de atención para el tramo correspondiente a los niños de 0 a 3 años y faltan evaluaciones sobre si el funcionamiento y horarios de estos servicios son adecuados a las condiciones de vida y trabajo de las madres.

Los servicios de cuidados a los adultos mayores y a los enfermos

No disponemos de información referida a la cobertura de los servicios dirigidos a los adultos mayores. La oferta pública es reducida (Hospital Piñeyro del Campo) y la privada está constituida por residencias, hogares y servicios de acompañamiento en el domicilio y en sanato-

rio. En el marco del proyecto “Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo?”, que se está desarrollando bajo la responsabilidad de Karina Batthyány en el Área del Género del Departamento de Sociología (FCS, Universidad de la República), se ha realizado un relevamiento, todavía incompleto, sobre los cuidados remunerados que se prestan en el hogar a los adultos mayores.

6. Lineamientos para promover la generación de conocimientos y políticas de cuidados

La falta de consideración de los cuidados familiares¹⁸ como problema social que incide en la posibilidad de ejercicio de derechos por parte de las mujeres tiene graves consecuencias sociales, económicas y políticas. No puede seguir descansando —como lo ha hecho tradicionalmente— en una reserva estructural de mano de obra femenina, cada vez más reducida debido a la masificación del trabajo extradoméstico de las mujeres.

Son cuestiones fundamentales a tener en cuenta en los cambios en el Modelo de Atención de la Salud que debe cuidar la articulación entre la producción de la salud en el nivel familiar y en el nivel institucional. No es posible formular nuevas exigencias al sistema doméstico de cuidado de la salud dado que las evidencias empíricas muestran la escasez de tiempo de las mujeres, sobre todo de las más pobres que tienen niños pequeños a su cargo. El acercamiento a las familias que el nuevo modelo propone y la atención primaria debe desarrollar una relación virtuosa que no consolide la división del trabajo y las desigualdades de género existentes. La redistribución de las responsabilidades del cuidado entre hombres y mujeres y entre familias y Estado, debería ser un debate crucial de toda la sociedad y en particular de la Salud Pública. En ese sentido se proponen los siguientes lineamientos para la promoción de políticas y generación de conocimientos:

- Incentivar el debate sobre las acciones del sistema institucional de salud y otros sectores para abordar los cuidados y las acciones de prevención que correspondan.
- Establecer programas de capacitación dirigidos a los cuadros medios y superiores de instituciones de salud, responsables estatales de programas de salud y profesionales relacionados con la salud con el fin de proporcionar herramientas teóricas y materiales sobre los cambios familiares, el papel de las mujeres y las necesidades de cuidados familiares.

18 Los cuidados familiares en salud por lo general se prestan en el hogar y son parte de las actividades cotidianas, pero también los familiares prolongan su cuidado en los centros sanitarios.

- Incorporar en los servicios de atención primaria el concepto de cuidados familiares en las distintas etapas del curso de vida, de manera de tomar en cuenta las necesidades personales de las mujeres y de los hombres y de ellas/os en tanto cuidadoras/es familiares de otras personas.
- Es necesario lograr voluntad política al más alto nivel orientada a hacer visible y a valorar el trabajo no remunerado de cuidados familiares con la finalidad de avanzar hacia la creación de una cuenta nacional de salud con perspectiva de género.
- Elaborar campañas comunicacionales orientadas a movilizar cambios culturales para que mujeres y varones asuman por igual las tareas de cuidado, entre ellas el cuidado de la salud.
- Promover la creación de programas de apoyo a las/los cuidadoras/es familiares de enfermos crónicos, adultos mayores dependientes y discapacitados, en los que tendrán un rol relevante las asociaciones de familiares o de lucha contra enfermedades.
- Analizar la posibilidad de realizar deducciones tributarias por el pago de servicios de cuidado infantil para las mujeres o varones que tienen niños pequeños a su cargo y por el pago de los servicios de cuidado a enfermos crónicos y adultos mayores.
- Proponer medidas que permitan tanto al padre como a la madre cuidar de los niños/as y personas enfermas del núcleo familiar.

Necesidades de información e investigación

- Analizar las recomendaciones internacionales, el marco legal y las políticas en la materia, en especial el proyecto de ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, presentado recientemente en el Parlamento español.
- Es recomendable la realización de una encuesta específica nacional sobre la prevención, la promoción y los cuidados de salud realizados en los hogares. Otra alternativa sería incorporar preguntas sobre estas cuestiones en el módulo sobre usos del tiempo de la Encuesta Continua de Hogares que se realizarán en el futuro. La información debería permitir cuantificar la demanda de tiempo de cuidado doméstico en salud, las tareas de articulación con el sistema institucional y las propias tareas de cuidado no remunerado que se realizan en las instituciones del propio sistema formal de salud (tiempos de espera, tiempo en el cuidado hospitalario, etcétera). Información indispensable para la valorización social y económica de la producción doméstica y no mercantil en salud y para el diseño de políticas en este sector.

- Evaluar los programas de atención comunitaria y de los centros de salud locales para detectar posibles desajustes entre la carga pública y domiciliaria/comunitaria de atención de la salud.
- Estudiar la oferta pública de servicios de cuidados a niños, enfermos y adultos mayores, así como la provista por empresas privadas, organizaciones comunitarias, iglesias y sindicatos.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005). *Trabajo no remunerado y uso del tiempo. La encuesta Montevideo y área Metropolitana 2003*. Universidad de la República, UNIFEM. Montevideo, Uruguay.
- Aguirre, Rosario (2005). "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas", en Arraigada, Irma (ed.) *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, CEPAL-UNFPA, Serie de Seminarios y Conferencias Núm. 46, Santiago, Chile.
- Aguirre, Rosario (2004 a). "Modelos de bienestar, procesos de empobrecimiento y desigualdades de género". Ponencia presentada en el Seminario organizado por FLACSO *Mujeres, Economía y Pobreza en América Latina*, 4 y 5 de marzo de 2004. Quito, Ecuador.
- Aguirre, Rosario (2004 b). "Familias urbanas en el Cono Sur: transformaciones recientes en Argentina, Chile y Uruguay", en Arraigada, Irma y Aranda, Verónica (comp.). *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, CEPAL-UNFPA, Serie de Seminarios y Conferencias Núm. 42, Santiago, Chile.
- Aguirre, Rosario (2003). *Género, ciudadanía social y trabajo*. Universidad de la República. Doble Clic. Montevideo, Uruguay.
- Arraigada, Irma (ed.) 2005. *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. CEPAL-UNFPA. Serie de Seminarios y Conferencias Núm. 46, Santiago, Chile.
- CELADE (2005). *América Latina: Proyección de población urbana y rural 1970-2025*. Boletín demográfico Núm. 76 Santiago, Chile.
- CEPAL (2004). *Panorama social de América Latina* Edición 2004. Santiago, Chile.
- Durán, María Ángeles (2002). "Los costos de la salud para las familias", en *Género, Equidad y reforma de la salud en Chile*. Serie Género y Reforma de la Salud. Núm. 3. OPS/OMS, Santiago, Chile.
- Durán, María-Ángeles (2000). "Uso del tiempo y trabajo no remunerado", *Revista de Ciencias Sociales*. Núm. 18. Montevideo, Uruguay.
- Durán, María-Ángeles (1999). *Los costos invisibles de la enfermedad*, Fundación BBV. Madrid, España.
- Engler, Tomás y Peláez, Martha (ed.) (2002). *Más vale por viejo: lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C., USA.
- Goldani, Ana María (1999). "Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de genero", en *Muito Além dos Sesenta. Os Novos Idosos Brasileiros*. Org. Camarano, Ana Amélia. IPEA. Instituto de Pesquisa Aplicada. Río de Janeiro, Brasil.
- Gómez, Elsa (2000). "Equidad, Género y reforma de políticas de salud en América Latina y el Caribe", OPS. Documento presentado a la *VII Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe*. 8-10 de febrero de 2000, Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, Informe Final*, Montevideo, Uruguay.
- Saad, Paulo (2002). "*Transferencias informales de Apoyo de los Adultos Mayores. Estudio comparativo de encuestas SABE*". CELADE-División de Población. Santiago de Chile, 2002.

Anexo estadístico

Cuadro 1. Distribución de la población por sexo y grupos de edad 1990-2005

Grupos de edad	1990			2005		
	H	M	T	H	M	T
0-4	138.567	132.727	271.294	144.072	137.910	281.982
5-9	132.594	127.306	259.900	143.608	137.680	281.288
10-14	141.319	136.308	277.627	141.332	135.397	276.729
15-19	132.440	127.705	260.145	134.954	129.524	264.478
20-24	114.325	114.638	225.963	128.671	124.240	252.911
25-29	110.601	114.743	225.344	136.274	132.569	268.843
30-34	104.116	109.677	213.793	126.599	123.578	250.177
35-39	93.896	97.657	191.553	108.774	110.693	219.467
40-44	86.597	92.206	178.503	105.524	111.042	216.566
45-49	81.013	86.167	167.180	98.316	105.613	203.929
50-54	75.701	83.482	159.183	86.720	93.093	179.813
55-59	77.637	84.896	162.533	76.776	86.417	163.193
60-64	70.368	81.345	151.713	67.138	78.603	145.741
65-69	56.174	68.615	124.789	56.800	73.135	129.935
70-74	39.667	53.140	92.807	50.721	69.373	120.094
75-79	28.898	44.602	73.500	37.532	59.200	96.732
80 y más	23.490	42.939	66.429	34.477	68.772	103.249
Total	1.507.403	1.598.153	3.105.556	1.678.288	1.776.839	3.455.127

Fuente: CELADE, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

Cuadro 2. Distribución de la población por sexo y grupos de edad, proyecciones 2010 a 2025

Grupos de edad	2010			2015			2020			2025		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
0-4	141.255	135.127	276.382	138.125	132.059	270.184	135.773	129.725	265.498	133.211	127.195	260.406
5-9	143.146	137.066	280.212	140.969	134.912	275.881	137.872	131.869	269.741	135.549	129.556	265.105
10-14	142.908	137.048	279.956	142.966	136.947	279.913	140.807	134.805	275.612	137.727	131.776	269.503
15-19	140.438	134.700	275.138	142.554	136.870	279.424	142.649	136.787	279.436	140.526	134.662	275.188
20-24	133.606	128.662	262.268	139.839	134.455	274.294	142.014	136.646	278.660	142.164	136.584	278.748
25-29	127.119	123.135	250.254	132.907	128.377	261.284	139.181	134.184	273.365	141.409	136.394	277.803
30-34	134.880	131.638	266.518	126.360	122.771	249.131	132.180	128.029	260.209	138.481	133.849	272.330
35-39	125.180	122.603	247.783	133.875	131.079	264.954	125.485	122.291	247.776	131.324	127.568	258.892
40-44	107.259	109.649	216.908	123.875	121.847	245.722	132.563	130.333	262.896	124.324	121.648	245.972
45-49	103.409	109.716	213.125	105.445	108.627	214.072	121.911	120.798	242.709	130.583	129.293	259.876
50-54	95.160	103.776	198.936	100.523	108.150	208.673	102.696	107.193	209.889	118.927	119.319	238.246
55-59	82.480	90.873	173.353	90.947	101.593	192.540	96.369	106.040	202.409	98.714	105.247	203.961
60-64	71.026	83.374	154.400	76.751	88.007	164.758	85.052	98.613	183.665	90.508	103.136	193.644
65-69	59.655	74.432	134.087	63.659	79.270	142.929	69.296	83.973	153.269	77.274	94.386	171.660
70-74	47.715	67.109	114.824	50.718	68.730	119.448	54.673	73.600	128.273	60.032	78.343	138.375
75-79	39.147	60.326	99.473	37.446	58.948	96.394	40.366	60.900	101.266	44.037	65.717	109.754
80 y más	40.194	80.365	120.559	45.096	89.544	134.640	47.644	95.608	143.252	51.473	101.794	153.267
Total	1734577	1829599	3564176	1792055	1882186	3674241	1846531	1931394	3777925	1896263	1976467	3.872.730

Fuente: CELADE, sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas Continuas de Hogares

Cuadro 3. Esperanza de vida al nacer por sexo, 1996- 2000- 2005

AÑOS			
	H	M	AMBOS SEXOS
1996	69,89	77,97	73,86
2000	70,96	79,01	74,87
2005	71,98	79,42	75,60

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, elaboración sobre la base de Proyecciones de población, revisión 2005

Cuadro 4. Porcentaje de hogares urbanos con presencia de mayores de 60 años según tipo de hogar, 1990-2002

Tipos de hogar	1990	2002
Unipersonal	21,8	26,8
Biparental s/hijos	24,2	23,0
Biparental c/hijos	12,8	11,4
Monoparental jefe hombre	1,5	1,5
Monoparental jefe mujer	5,6	6,5
Extensa	23,3	21,5
Compuesta	1,6	0,9
Hogar s/núcleo	9,4	8,5
Total	100	100

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares

Cuadro 5. Distribución porcentual del trabajo remunerado y no remunerado según sexo. Montevideo y área metropolitana, 2003

	Hombres	Mujeres	Total
Trabajo remunerado	54,7	45,3	100
Trabajo no remunerado	28,9	71,1	100
Total	46,4	53,6	100

Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado. Montevideo, 2003

Cuadro 6. Promedio de horas semanales destinadas por mujeres y hombres a las actividades domésticas y al cuidado de dependientes, según miembros del hogar por sexo, Montevideo y área metropolitana 2003

	Responsable		Cónyuge		Padres / SUEGROS		Hijos/as	
	H (197)	M (1003)	H (658)	M (84)	H (41)	M (100)	H (376)	M (375)
Cocinar	6,3	8,7	1,7	4,3	1,2	3,6	0,7	1,3
Limpiar la casa	6,8	11,2	1,5	8,2	1,3	2,4	1,2	2,8
Lavar y planchar la ropa	2,5	4,1	0,5	2,8	0,5	1,0	0,4	0,9
Confección y arreglo de ropa	0,2	1,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,1
Realizar reparaciones en el hogar	1,3	0,9	1,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0
Cuidar mascotas y plantas	5,0	3,6	1,0	3,9	0,7	1,0	0,7	0,9
Criar animales y cultivos uso familiar	5,2	3,4	1,7	1,6	4,8	0,3	0,7	0,1
Organización y distribución de tareas	1,6	1,9	0,3	1,4	0,2	0,7	0,1	0,2
TOTAL PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	18,5	28,0	4,8	15,6	4,0	7,7	2,7	5,8
Hacer compras	4,0	4,4	2,3	3,2	1,2	1,2	0,9	1,0
Realizar gestiones	0,8	1,0	0,4	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
TOTAL SERVICIOS DE APOYO	4,7	5,1	2,7	3,5	1,2	1,3	1,0	1,1
TOTAL TRABAJO DOMÉSTICO	23,3	33,1	7,5	19,1	2,4	8,9	3,7	6,9

Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado. Montevideo. 2003

Cuadro 7. Horas semanales de trabajo remunerado de la/el responsable de las tareas del hogar según sexo. Distribución absoluta y porcentual. Montevideo y área metropolitana, 2003

	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Menos de 10 horas	5	4,6	13	3,0	18	3,3
Entre 10 y 29 horas	10	9,1	97	22,7	107	19,9
Entre 30 y 40 horas	34	31,2	163	38,1	197	36,7
41 y más horas	60	55,1	155	36,2	215	40,1
Total	109	100	428	100	537	100

Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado. Montevideo, 2003

Cuadro 8. Promedio de horas semanales destinadas en hogares biparentales por la/el responsable del hogar al trabajo no remunerado según número de hijos y trabajo remunerado de la mujer. Montevideo y área metropolitana, 2003

	mujer NO TRABAJA		mujer TRABAJA		Total	
	RTH-M	Cónyuge	RTH-M	Cónyuge	RTH-M	Cónyuge
Sin hijos	42,8	7,3	30,3	7,1	38,5	7,3
1 hijo	65,5	13,9	46,7	17,7	56,9	15,7
2 hijos	64,2	14,2	52,4	17,8	57,1	16,4
3 hijos	70,7	14,2	50,9	16,7	62,2	15,3
4 h. y más	75,8	12,6	57,7	17,0	69,7	14,1
Total	60,3	11,9	46,9	15,6	54,2	13,6

Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo y trabajo no remunerado. Montevideo, 2003

Cuadro 9. Hogares urbanos con presencia de niños menores de 5 años según tipo de hogar, 1990-2000-2002

TIPO DE HOGAR	PRESENCIA DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS					
	1990		2000		2002	
		%		%		%
Nuclear biparental con hijos	3196	16,5	2475	13,4	2014	10,9
Nuc. monop. c/jefe hombre	78	0,4	76	0,4	11	0,1
Nuc. monop. c/ jefe mujer	389	2,0	372	2,0	203	1,1
Extendida	286	1,5	152	0,8	1068	5,8
Compuesta	101	0,5	76	0,4	48	0,3
Hogar sin núcleo conyugal	44	0,2	33	0,2	34	0,2
TOTAL HOGARES C/NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS	4094	21,1	3184	17,2	3378	18,4
TOTAL DE HOGARES	19.355		18.461		18.421	

Fuente: Elaboración sobre la base de tabulaciones especiales de la ECH, INE, realizados por el Banco de Datos Sociodemográficos de la FCS



Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Quito, Ecuador, 6 al 9 de agosto de 2007

CONSENSO DE QUITO

Los gobiernos de los países participantes en la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, representados por ministras y mecanismos para el adelanto de las mujeres del más alto nivel, reunidos en Quito, Ecuador, del 6 al 9 de agosto de 2007,

1. *Considerando* que la población de América Latina y el Caribe es diversa, multicultural y multilingüe, compuesta por pueblos indígenas, afrodescendientes, mestizos y diversas etnias, entre otros,

2. *Reiterando* la resolución 605 (XXX) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en la que se toma nota del informe de la novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, reafirmando los compromisos emanados del Consenso de México D.F., especialmente la necesidad de evaluar y revertir los efectos negativos de los ajustes estructurales en el trabajo remunerado y no remunerado, la autonomía y las condiciones de vida de las mujeres, y reiterando los acuerdos adoptados en las tres reuniones subregionales preparatorias de la décima Conferencia para el Caribe, Centroamérica y México y Sudamérica, celebradas respectivamente en Saint John's (Antigua y Barbuda, Declaración de Saint John's, anexa), Ciudad de Guatemala y Santiago de Chile durante el primer semestre de 2007,

3. *Teniendo presente* que la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe es un órgano subsidiario de la Comisión Económica para América Latina y Caribe y que su Mesa Directiva, en su trigésima novena reunión, acordó que en la décima Conferencia se analizarían dos temas de importancia estratégica para la región: i) participación política y paridad de género en los procesos de adopción de decisiones en todos los niveles, y ii) la contribución de las mujeres a la economía y la protección social, especialmente en relación con el trabajo no remunerado,

4. *Reafirmando* nuestro compromiso de cumplimiento y la plena vigencia de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, los convenios de la Organización Internacional del Trabajo relativos a la igualdad, siempre y cuando hayan sido ratificados por los países, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), el Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001), la Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Nueva York, 2000), la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2006), y las recomendaciones emitidas por el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, así como todos los acuerdos posteriores en los que se reitera la adhesión de los gobiernos a la agenda internacional contenida en estos textos¹⁹,

5. *Reconociendo* la universalidad, la indivisibilidad, la interdependencia y la inalienabilidad de los derechos humanos y los avances hacia la igualdad conquistados a través de la normativa internacional en materia de promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres durante todo su ciclo vital, así como de los derechos colectivos,

6. *Reiterando* el vínculo entre los derechos humanos, la consolidación de la democracia representativa y participativa, y el desarrollo económico y social,

7. *Reafirmando* el deber de los Estados de garantizar los derechos humanos a través de la debida diligencia y mediante la adopción de todas las medidas necesarias para garantizar su plena vigencia,

8. *Reconociendo* que el carácter laico de los Estados contribuye a la eliminación de la discriminación contra las mujeres y garantiza el ejercicio de sus derechos humanos,

9. *Reconociendo* el valor social y económico del trabajo doméstico no

19 Naciones Unidas, Plataforma y Declaración de Beijing. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (A/CONF. 177/20), Beijing, 1995, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF. 171/13/Rev. 1), El Cairo, 1994, Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A/CONF. 166/9), Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995, Informe de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la discriminación Racial, la Xenofobia y las formas Conexas de Intolerancia (A/CONF. 189/12), Durban, 31 de agosto a 8 de septiembre de 2001, Declaración del Milenio (A/RES/55/2), Nueva York, septiembre de 2000.

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,

10. *Reconociendo* la importancia del valor económico y social del trabajo agrícola y de subsistencia no remunerado que realizan las mujeres rurales y campesinas, y siendo conscientes de la necesidad de visibilizar este trabajo y contabilizar su aportación a las economías nacionales y a la cohesión de nuestras sociedades,

11. *Reconociendo* la significativa contribución de las mujeres en su diversidad a la economía en sus dimensiones productiva y reproductiva, al desarrollo de múltiples estrategias para enfrentar la pobreza, y a la preservación de los conocimientos y las prácticas fundamentales para el sostenimiento de la vida, especialmente para la seguridad y soberanía alimentaria y la salud,

12. *Reconociendo* que la división sexual del trabajo se mantiene como factor estructural de las desigualdades e injusticias económicas que afectan a las mujeres en los ámbitos familiar, laboral, político y comunitario y que, asimismo, propician la desvalorización y falta de retribución de los aportes económicos de las mujeres,

13. *Reconociendo* la contribución de las mujeres al retorno y al fortalecimiento de la democracia, la igualdad de género, la justicia social, el desarrollo de los países de la región y la inclusión de poblaciones históricamente discriminadas,

14. *Reconociendo* la valiosa aportación de los distintos pueblos y nacionalidades indígenas y afrodescendientes a la gobernabilidad de los Estados, así como a la preservación del patrimonio cultural y la reproducción de los valores socioculturales en sus territorios históricos sobre los cuales se asienta la vida de nuestros pueblos,

15. *Reconociendo* la contribución de los movimientos de mujeres y feministas, en toda su diversidad, al desarrollo de políticas públicas con perspectiva de género en la región, en particular a la profundización de la democracia y al desarrollo de la institucionalidad pública de género,

16. *Reconociendo* la labor de los mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres consistente en la formulación, el diseño y la gestión de políticas públicas para la igualdad entre mujeres y hombres al más alto nivel de los Estados de la región y, a la vez, conscientes de que los Estados son quienes deben asumir los retos que demanda la garantía de los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes de la región,

17. *Reconociendo* que la paridad es uno de los propulsores determinantes de la democracia, cuyo fin es alcanzar la igualdad en el ejercicio del poder, en la toma de decisiones, en los mecanismos de participación

y representación social y política, y en las relaciones familiares al interior de los diversos tipos de familias, las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales, y que constituye una meta para erradicar la exclusión estructural de las mujeres,

18. *Condenando* las diversas formas de violencia contra las mujeres, especialmente el homicidio de mujeres, el femicidio y el feminicidio,

19. *Rechazando* la violencia estructural, que es una forma de discriminación contra las mujeres y un obstáculo para el logro de la igualdad y la paridad en las relaciones económicas, laborales, políticas, sociales, familiares y culturales, y que impide la autonomía de las mujeres y su plena participación en la toma de decisiones,

20. *Reconociendo* que el desarrollo económico y social de la región está directamente relacionado con la creación y el establecimiento de sistemas públicos integrales de seguridad social, de acceso y cobertura universales, articulados a un amplio espectro de políticas públicas y capaces de garantizar el bienestar, una vida de calidad y la ciudadanía plena de las mujeres,

21. *Reconociendo* que la pobreza en todas sus manifestaciones y el acceso desigual a los recursos en la región, profundizados por las políticas de ajuste estructural en aquellos países en las que fueron aplicadas, continúan siendo un obstáculo para la promoción y protección de todos los derechos humanos de las mujeres, por lo que la eliminación y reducción de las desigualdades políticas, económicas, sociales y culturales deben figurar entre los principales objetivos de todas las propuestas de desarrollo,

22. *Considerando* que todas las formas de discriminación, particularmente el racismo, la homofobia y la xenofobia, son factores estructurantes que provocan desigualdades y exclusión en la sociedad, especialmente contra las mujeres, y que, por lo tanto, su erradicación es un objetivo común de todos los compromisos asumidos en esta declaración,

23. *Reconociendo* las inequidades de género como determinantes sociales de la salud conducentes a la precariedad de la salud de las mujeres en la región, en especial en los ámbitos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, lo que se expresa en el avance y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y en las altas tasas de mortalidad materna, en virtud de, entre otros, el aborto en condiciones de riesgo, los embarazos de adolescentes y la provisión insuficiente de servicios de planificación familiar, lo que demuestra las limitaciones aún existentes del Estado y de la sociedad para cumplir con sus responsabilidades relativas al trabajo reproductivo,

24. *Considerando* necesaria la eliminación del lenguaje sexista en todos los documentos, declaraciones, informes nacionales, regionales e internacionales y la necesidad de promover acciones para la eliminación de los estereotipos sexistas de los medios de comunicación,

25. *Habiendo examinado* el documento titulado “El aporte de las mujeres a la igualdad de América Latina y el Caribe”²⁰,

1. *Acordamos lo siguiente:*

i) *Adoptar* medidas en todos los ámbitos necesarios, incluidas medidas legislativas, presupuestarias y reformas institucionales, para reforzar la capacidad técnica y de incidencia política de los mecanismos gubernamentales para el adelanto de las mujeres, así como garantizar que alcancen el más alto nivel jerárquico en la estructura del Estado y se fortalezca la institucionalidad de género en su conjunto, a fin de que puedan cumplir sus mandatos;

ii) *Adoptar* todas las medidas de acción positiva y todos los mecanismos necesarios, incluidas las reformas legislativas necesarias y las asignaciones presupuestarias, para garantizar la plena participación de las mujeres en cargos públicos y de representación política con el fin de alcanzar la paridad en la institucionalidad estatal (poderes ejecutivo, legislativo, judicial y regímenes especiales y autónomos) y en los ámbitos nacional y local, como objetivo de las democracias latinoamericanas y caribeñas;

iii) *Fomentar* la cooperación regional e internacional, en particular en materia de género, y trabajar por un orden internacional propicio al ejercicio de la ciudadanía plena y al ejercicio real de todos los derechos humanos, incluidos el derecho al desarrollo, lo que redundará en beneficio de todas las mujeres;

iv) *Ampliar* y fortalecer la democracia participativa y la inclusión igualitaria, plural y multicultural de las mujeres en la región, garantizando y estimulando su participación y valorando su función en el ámbito social y económico y en la definición de las políticas públicas y adoptando medidas y estrategias para su inserción en los espacios de decisión, opinión, información y comunicación;

v) *Fortalecer* e incrementar la participación de las mujeres en los ámbitos internacionales y regionales que definen la agenda de seguridad, paz y desarrollo;

vi) *Promover* acciones que permitan compartir entre los países de la región estrategias, metodologías, indicadores, políticas, acuerdos y experiencias que faciliten el avance hacia el logro de la paridad en cargos públicos y de representación política;

vii) *Incentivar* mecanismos regionales de formación y capacitación política para el liderazgo de las mujeres, como el recientemente creado instituto caribeño para el liderazgo de las mujeres;

viii) *Desarrollar* políticas electorales de carácter permanente que conduzcan a los partidos políticos a incorporar las agendas de las mujeres en su diversidad, el enfoque de género en sus contenidos,

20 LC/L.2738 (CRM.10/3).

acciones y estatutos y la participación igualitaria, el empoderamiento y el liderazgo de las mujeres, con el fin de consolidar la paridad de género como política de Estado;

ix) *Propiciar* el compromiso de los partidos políticos para implementar acciones positivas y estrategias de comunicación, financiación, capacitación, formación política, control y reformas organizacionales internas, a fin de lograr la inclusión paritaria de las mujeres, tomando en cuenta su diversidad en su interior y en los espacios de toma de decisiones;

x) *Adoptar* medidas legislativas y reformas institucionales para prevenir, sancionar y erradicar el acoso político y administrativo contra las mujeres que acceden a puestos de decisión por vía electoral o por designación, tanto en el nivel nacional como local, así como en los partidos y movimientos políticos;

xi) *Incentivar y comprometer* a los medios de comunicación a que reconozcan la importancia de la participación paritaria de las mujeres en el proceso político, ofrezcan una cobertura equitativa y equilibrada de todas las candidaturas, y cubran las diversas formas de la participación política de las mujeres y los asuntos que las afectan²¹;

xii) *Adoptar* políticas públicas, incluidas leyes cuando sea posible, para erradicar contenidos sexistas, estereotipados, discriminatorios y racistas en los medios de comunicación y estimular su función como promotores de relaciones y responsabilidades igualitarias entre mujeres y hombres;

xiii) *Adoptar* medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen por igual a las mujeres y a los hombres, teniendo presente que al compartir las responsabilidades familiares de manera equitativa y superando estereotipos de género se crean condiciones propicias para la participación política de la mujer en toda su diversidad;

xiv) *Adoptar* medidas en todas las esferas de la vida democrática institucional y, en particular, en los ámbitos económico y social, incluidas medidas legislativas y reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países, y promover su inclusión en las cuentas nacionales;

xv) *Implementar* sistemas públicos integrales de seguridad social, con acceso y coberturas universales, articulados a un amplio espectro de políticas públicas y capaces de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la ciudadanía plena de las mujeres;

xvi) *Formular* políticas y programas de empleo de calidad y seguridad social e incentivos económicos dirigidos a garantizar el trabajo

21 Véase el párrafo 2 m) de la resolución 58/142 de la Asamblea General.

decente remunerado a mujeres sin ingresos propios, en igualdad de condiciones con los hombres, para asegurar en la región su autonomía y el ejercicio pleno de sus derechos;

xvii) *Garantizar* la eliminación de todas las condiciones laborales discriminatorias, precarias e ilegales y alentar la participación de las mujeres en sectores de trabajo creativos, innovadores y que superen la segregación laboral sexista;

xviii) *Formular* e implementar políticas públicas para ampliar el acceso sostenible de las mujeres a la propiedad de la tierra y el acceso al agua, a otros recursos naturales y productivos, al saneamiento y otros servicios, y al financiamiento y tecnologías, valorando el trabajo para el consumo familiar y reconociendo la diversidad de iniciativas económicas y sus aportes con particulares medidas de garantía para las mujeres rurales, indígenas y afrodescendientes en sus territorios históricos cuando sea pertinente;

xix) *Implementar* políticas públicas de acción afirmativa para mujeres afrodescendientes en los países en los que no están plenamente integradas en el desarrollo, y para mujeres indígenas, como medidas de reparación social que garanticen su participación, en igualdad de condiciones, en las esferas políticas, económicas, sociales y culturales de la región;

xx) *Formular* y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo;

xxi) *Igualar* las condiciones y los derechos laborales del trabajo doméstico al de los demás trabajos remunerados, de conformidad con los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo ratificados y las normas internacionales en materia de derechos de las mujeres, y erradicar todas las formas de explotación del trabajo doméstico de las niñas y los niños;

xxii) *Eliminar* la brecha de ingresos entre mujeres y hombres y la discriminación salarial en todos los ámbitos de trabajo, y proponer derogar los mecanismos legislativos e institucionales que generan discriminación y condiciones de trabajo precarias;

xxiii) *Desarrollar* instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y hombres, especialmente encuestas de uso del tiempo para hacerlo visible y reconocer su valor, incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia;

xxiv) *Asegurar* que los derechos sexuales y reproductivos que for-

man parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, se consideren como una condición indispensable para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado y, por ende, en posiciones de toma de decisiones para todas las mujeres, prioritariamente para las mujeres jóvenes, las más pobres, las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las mujeres rurales y las mujeres con discapacidad;

xxv) *Implementar* medidas y políticas que reconozcan los vínculos entre las vulnerabilidades sociales y económicas en relación con la posibilidad de las mujeres de participar en la política y en el trabajo remunerado, especialmente el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, agua y saneamiento, prevención, tratamiento y cuidado en materia de VIH/SIDA, prioritariamente para las mujeres más pobres y sus familias;

xxvi) *Promover* políticas públicas orientadas a fortalecer el acceso y la permanencia de las mujeres adolescentes y jóvenes en la educación, la formación para el trabajo, la salud sexual y reproductiva, el empleo, y la participación política y social para el pleno ejercicio de sus derechos;

xxvii) *Adoptar* las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable;

xxviii) *Adoptar* medidas que contribuyan a la eliminación de todas las formas de violencia y sus manifestaciones contra las mujeres, especialmente el homicidio de mujeres, el femicidio y el feminicidio, así como la eliminación de medidas unilaterales contrarias al derecho internacional y a la Carta de las Naciones Unidas, cuyas consecuencias fundamentales recaen sobre las mujeres, niñas y adolescentes;

xxix) *Garantizar* el acceso a la justicia de las mujeres, las adolescentes y las niñas que han sido víctimas de violencia de género, sin ningún tipo de discriminación, mediante la creación de las condiciones jurídicas e institucionales que garanticen transparencia, verdad, justicia y la consiguiente reparación de la violación de sus derechos, fortaleciendo políticas públicas de protección, prevención y atención para la erradicación de todas las formas de violencia;

xxx) *Desarrollar* programas integrales de educación pública no sexista encaminados a enfrentar estereotipos de género, raciales y otros sesgos culturales contra las mujeres y promover relaciones de apoyo mutuo entre mujeres y hombres;

xxxi) *Revisar y armonizar* la normativa a nivel nacional y regional, a fin de tipificar los delitos de tráfico y trata de personas y desarro-

llar políticas públicas con una perspectiva integral y de género, dirigidas a la prevención y que garanticen la protección de las personas que han sido víctimas;

xxxii) *Erradicar* las causas y los impactos de las redes de crimen organizado y de los nuevos delitos interrelacionados con modalidades de explotación económica que victimizan diferencialmente a las mujeres y niñas y atentan contra el pleno ejercicio de sus derechos humanos;

xxxiii) *Adoptar* leyes, políticas públicas y programas basados en investigaciones de las condiciones e impactos que rigen la migración interregional e intrarregional de las mujeres, con el objeto de cumplir con los compromisos internacionales y garantizar la seguridad plena y la promoción y protección de todos sus derechos humanos incluidos mecanismos para la reunificación de las familias;

xxxiv) *Promover* el respeto de los derechos humanos integrales de las mujeres indocumentadas y tomar medidas que garanticen el acceso pleno a documentos de identidad y ciudadanía para todas las mujeres, especialmente para quienes han estado excluidas de este derecho, como las mujeres indígenas, afrodescendientes y rurales;

xxxv) *Hacer* esfuerzos encaminados a firmar, ratificar y difundir la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo Facultativo, a fin de asegurar su aplicación;

xxxvi) *Reafirmar* la decisión de impulsar la adopción del día internacional de las mujeres rurales en el seno de las Naciones Unidas, como un reconocimiento explícito de su contribución económica y al desarrollo de sus comunidades, en particular en lo que concierne al trabajo no remunerado que desempeñan.

2. *Encomendamos* a la Mesa Directiva de la Conferencia que una de sus reuniones anuales se dedique específicamente a evaluar el cumplimiento de los compromisos señalados y acordamos que en la undécima Conferencia Regional, prevista para el año 2010, se realice una evaluación general de mediano plazo de los avances logrados al respecto;

3. *Solicitamos* a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe que, junto con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, colabore con los Estados miembros que así lo soliciten en el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos adoptados mediante la creación de un observatorio de igualdad que contribuya al fortalecimiento de los mecanismos nacionales de género;

4. *Solicitamos* a la Presidencia que someta a la consideración de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en su trigésimo segundo período de sesiones que se realizará en República Dominicana

en el año 2008, los acuerdos contenidos en el presente Consenso y que, en el marco de la celebración de los sesenta años de su formación, realice una actividad de alto nivel para evaluar los aportes de la CEPAL en materia de género en el período;

5. *Tomamos nota* con satisfacción de que la mayoría de las delegaciones nacionales acreditadas ante esta décima Conferencia cuenta entre sus integrantes con representantes de la sociedad civil, mujeres indígenas y parlamentarias;

6. *Saludamos y respaldamos* la excelente labor que ha venido realizando a favor de las mujeres de América Latina y el Caribe la Unidad de la Mujer de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe;

7. *Expresamos* nuestra gratitud a la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet; a la Vicepresidenta primera de España, María Teresa Fernández de la Vega, y al Presidente de Ecuador, Rafael Correa y la Canciller de Ecuador, María Fernanda Espinosa, por su participación en esta Conferencia;

8. *Agradecemos* a la CEPAL y a los organismos de las Naciones Unidas por su contribución a la realización de esta Conferencia;

9. *Agradecemos* al pueblo y al Gobierno de Ecuador las facilidades otorgadas para la realización de esta Conferencia y su generosa hospitalidad;

10. *Agradecemos* asimismo el ofrecimiento del Gobierno de Brasil de ser anfitrión de la undécima Conferencia Regional, que acogemos con beneplácito.

11. *Agradecemos* al Alcalde de la ciudad de Quito, Paco Moncayo Gallegos, por haber declarado ciudadanas ilustres de esta ciudad a todas las asistentes a esta Conferencia y así contribuir a visualizar la presencia de las mujeres en el espacio público,

12. *Agradecemos* también por su participación a las redes feministas de mujeres.

Anexo 3

Listado de participantes

- Aguirre, Rosario.** Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República. Red Género y Familia
- Bagnulo, Homero.** Director del Hospital Maciel
- Batthyány, Karina.** Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Beramendi, Carmen.** Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
- Bonino, María.** Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (CIEDUR)
- Borgia, Fernando.** Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
- Cabella, Wanda.** FCS, Universidad de la República. Red Género y Familia
- Calvo, Juan José.** UNFPA
- Chavarini, Marcela.** Red Género y Familia
- Clavell, Elena.** Junta Nacional de Salud (JUNASA)
- Dabezies, Margarita.** Red Género y Familia
- Da Rosa, Eber.** Senador de la República
- De Marco, Eugenia.** Ministerio de Salud Pública, (MSP)
- Del Castillo, René.** MSP
- Delfino, Mirtha.** Colegio de Enfermeras. Red Género y Familia
- Espino, Alma.** CIEDUR
- Fassler, Clara.** Red Género y Familia
- Fernández Galeano, Miguel.** Subsecretario MSP
- Garcés, Gastón.** Facultad de Medicina, Universidad de la República
- González, Mariana.** Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)
- González, Vidalita.** Grupo de Padres de Niños autistas.
- Grela, Cristina.** MSP
- Hauser, Patricia.** Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF). Red Género y Familia
- Lauz, Iris.** Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU)
- Levin, Rodolfo.** Hospital Pereyra Rossell
- Lindner, Marisa.** INAMU
- López, Alejandra.** Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)
- Mautone, María del Carmen.** MSP
- Navarro, Rosario.** Facultad de Medicina, CLAEH
- Pellegrino, Adela.** FCS, Universidad de la República. Red Género y Familia
- Ponte, Elena.** Secretaría de la Mujer, IMM

Roca, Ana Maria. Asociación de Familiares de Pacientes mentales
Salvador, Soledad. CIEDUR
Sarli, Elena. Facultad de Derecho, Universidad de la República. Red
Género y Familia
Torres, Evangelina. Patronato del Psicópata
Valdez, Lizardo. Hospital Vilardebó
Viñar, Marcelo. Psicoanalista.
Xavier, Mónica. Senadora de la República

Se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2008
en Gráfica Don Bosco, Agraciada 3086, Montevideo, Uruguay.
Depósito Legal N° 346-641
Comisión del Papel. Edición amparada al Decreto 218/96