

# ASUNTOS DE GÉNERO

## El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay

Karina Batthyány  
Natalia Genta  
Valentina Perrotta



NACIONES UNIDAS



Departamento de Sociología **DS**



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY



cooperación española

# ASUNTOS DE GÉNERO

## El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay

Karina Batthyány  
Natalia Genta  
Valentina Perrotta



Departamento de Sociología **DS**



Este documento fue preparado por Karina Batthyány, Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República del Uruguay (UDELAR) y Consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco del proyecto “Mejorando la cuantificación del trabajo no remunerado de las mujeres para las políticas de erradicación de la pobreza”, financiado por la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del proyecto “El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en Uruguay” financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UDELAR.

Se agradecen especialmente los aportes sustantivos de Natalia Genta y Valentina Perrotta, coautoras de este documento, y la colaboración de Sol Scavino. Se agradece asimismo el apoyo de la Oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el Uruguay, y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), gracias a la cual fue posible la impresión del documento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

El análisis y las recomendaciones de políticas contenidos en este informe no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, de su Junta Ejecutiva o de sus Estados miembros.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/L.4057

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2015. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

S.15-00625

---

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5	
<b>Introducción</b> .....	7	
<b>I. Definiciones conceptuales</b> .....	9	
A. Cuidados, género y uso del tiempo .....	9	
B. Los cuidados no remunerados en salud.....	11	
<b>II. La Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud</b> .....	15	
<b>III. Principales hallazgos</b> .....	19	
A. Perfil de los hogares y las personas que brindan cuidados no remunerados en salud.....	19	
B. Carga de cuidado no remunerado en salud .....	22	
C. Perfil de las personas que reciben cuidado no remunerado en salud .....	24	
D. Impactos en la vida de las personas que cuidan.....	26	
<b>IV. Cuidados remunerados en salud</b> .....	29	
A. Caracterización de las personas que brindan cuidados en salud remunerados en Uruguay .....	29	
B. Características del sector de los cuidados remunerados en salud .....	31	
<b>V. Reflexiones y pistas para la discusión actual sobre los cuidados en Uruguay</b> .....	35	
<b>Bibliografía</b> .....	39	
<b>Serie Asuntos de Género: números publicados</b> .....	40	
<b>Cuadros</b>		
Cuadro 1	Hogares proveedores de cuidado no remunerados en salud .....	19
Cuadro 2	Tipo de hogar según provisión de cuidados en salud.....	20
Cuadro 3	Personas que proveen cuidados en salud no remunerados, según sexo.....	20
Cuadro 4	Distribución de mujeres y varones cuidadores en salud no remunerados por nivel socioeconómico.....	20

Cuadro 5	Distribución de las personas que proveen cuidados en salud no remunerados y de la población uruguaya, según sexo y edad .....	22
Cuadro 6	Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado en salud, según sexo de la persona que provee los cuidados .....	23
Cuadro 7	Edades de las personas beneficiarias de cuidados en salud no remunerados y de la población uruguaya.....	24
Cuadro 8	Distribución porcentual de las personas cuidadoras, según sexo y tipo de enfermedad de los beneficiarios del cuidado.....	25
Cuadro 9	Distribución porcentual de las personas beneficiarias de cuidados en salud no remunerados, según sexo .....	25
Cuadro 10	Tipo de vínculo entre las personas que proveen cuidados y las personas beneficiarias, según sexo de la persona que cuida.....	25
Cuadro 11	Edad en tramos de las personas beneficiarias del cuidado, según sexo de la persona que provee los cuidados .....	26
Cuadro 12	Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido al cuidado no remunerado en salud, por sexo de la persona que provee los cuidados.....	26
Cuadro 13	Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido al cuidado no remunerado en salud, según tipo de enfermedad de las personas beneficiarias del cuidado. ....	26
Cuadro 14	Distribución porcentual de las actividades que se vieron limitadas por las tareas de cuidado no remunerado en salud, según sexo de las personas que proveen los cuidados.....	27
Cuadro 15	Distribución porcentual de las actividades que se vieron limitadas por las tareas de cuidado no remunerado en salud, según tipo de enfermedad de las personas beneficiarias del cuidado.....	27
Cuadro 16	Personas que proveen cuidados no remunerados y remunerados en salud, por edad y sexo. ....	30
Cuadro 17	Personas que brindan cuidados de salud en domicilio y población ocupada total por pobreza (metodología 2006).....	30
Cuadro 18	Distribución porcentual de la población ocupada total, personas que proveen cuidados personales a domicilio y personas que proveen cuidados no remunerados en salud, según nivel educativo y sexo.....	31
Cuadro 19	Horas semanales trabajadas según sexo de las personas que proveen cuidados remunerados y no remunerados .....	32
Cuadro 20	Aporte a la caja de jubilaciones de las personas que brindan cuidados remunerados en salud y la población ocupada total.....	32
Cuadro 21	Distribución departamental de las personas que trabajan en cuidados personales domiciliarios.....	33
 <b>Gráficos</b>		
Gráfico 1	Proporción de personas que proveen cuidados no remunerados en salud que acceden al trabajo remunerado, por nivel socioeconómico y sexo .....	21
Gráfico 2	Proporción de varones y mujeres cuidadores no remunerados en salud por tramos de edad .....	22
Gráfico 3	Promedio de horas semanales de cuidados en salud recibidos por el hogar, según sean brindados por integrantes o de forma externa .....	23
Gráfico 4	Promedio de horas semanales de cuidados en salud recibidos por el hogar, según sean remunerados o no remunerados.....	24

## Resumen

---

Uruguay se enfrenta al desafío de asumir un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, consistente en el reconocimiento por parte del Estado del cuidado como derecho universal.

Hasta la actualidad la generación de bienestar de nuestras sociedades depende en buena medida de las actividades domésticas, en su inmensa mayoría no remuneradas, que son desarrolladas por las familias. El cuidado de la salud constituye una de las actividades no remuneradas con mayor incidencia sobre la vida económica y social de los países. Estudios internacionales evidencian que el cuidado de la salud de personas dependientes es realizado mayoritariamente por las familias, mientras que las instituciones públicas y privadas participan de forma minoritaria. Esta evidencia tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares varones para articular trabajo productivo y reproductivo.

La provisión de cuidados en salud por parte de las familias carece de visibilidad dada sus características de trabajo no remunerado. Parte de esta invisibilidad se sustenta en que estos servicios no suponen una retribución monetaria, o una contabilización de los tiempos invertidos, lo que torna difícil su cuantificación y la estimación de su aporte sobre el bienestar social. Ello deriva en que la atención y los cuidados de la salud sean generalmente entendidos y analizados únicamente en el marco del sistema institucional de salud.

La constatación del aumento de las necesidades específicas de cuidados en salud producto sobre todo del proceso de envejecimiento y de la vulnerabilidad del sistema sanitario, el que está apoyado en las mujeres y en un modelo familiar biparental tradicional, han derivado en una serie de cuestionamientos. ¿Quiénes asumen los costos del cuidado no remunerado en salud en Uruguay?, ¿Qué perfil tienen las personas cuidadoras no remuneradas en salud?, ¿A quiénes cuidan? ¿Cuál es el vínculo que mantienen con el sistema institucional de salud?

El presente documento busca responder a dichas interrogantes en base al análisis de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (Uruguay 2013) realizada por el Equipo Sociología de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la

República<sup>1</sup> con el financiamiento del Programa de Investigación y Desarrollo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), y con apoyo del Programa de Naciones Unidas para Desarrollo (PNUD) y de la División de Asuntos de Género de CEPAL (DAG-CEPAL).

La investigación demostró que el cuidado en salud es mayormente realizado por integrantes del hogar, y de forma no remunerada. Las mujeres son las principales cuidadoras en salud lo que da cuenta de la división sexual del trabajo existente en estas tareas. Por su parte, son las mujeres de mayor edad las que se dedican principalmente a estas tareas y esto es un rasgo distintivo de estos cuidados específicos que los diferencia de los cuidados no remunerados cotidianos. En el marco de la construcción del Sistema de Cuidados, la alta provisión de cuidados no remunerados en salud que proveen los hogares y las mujeres al sistema de salud, habilitan a reflexionar sobre el grado de institucionalización de la salud a la que se aspira, a sabiendas de que la poca o nula institucionalización, con sus discutidas consecuencias, tiene costos para el ejercicio de derechos de las mujeres.

---

<sup>1</sup> El proyecto de investigación en que se basa este documento fue coordinado por Karina Batthyány, y contó con la participación de Rosario Aguirre en calidad de asesora, Natalia Genta y Valentina Perrotta como investigadoras y Sol Scavino como ayudante de investigación.

## Introducción

---

Uruguay se enfrenta al desafío de asumir un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, consistente en el reconocimiento por parte del Estado del cuidado como derecho universal. El país discute la implementación del Sistema Nacional de Cuidados, colocándose como uno de los pioneros en la región en la consideración de los cuidados como un problema público y asumiendo el Estado un rol clave<sup>2</sup>.

Los tres pilares clásicos del bienestar vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, están siendo complementados con el denominado “cuarto pilar”, que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Montaño, 2009), no ya de forma residual (como excepción cuando no hay familia que pueda asumirlo) sino como obligación del Estado.

Hasta la actualidad la generación de bienestar de nuestras sociedades depende en buena medida de las actividades domésticas, en su inmensa mayoría no remuneradas, que son desarrolladas por las familias. El cuidado de la salud constituye una de las actividades no remuneradas con mayor incidencia sobre la vida económica y social de los países. Estudios internacionales (García Calvente, et al; 1999; Díaz et al, 2006; Durán, 2008) evidencian que el cuidado de la salud de personas dependientes es realizado mayoritariamente por las familias, mientras que las instituciones públicas y privadas participan de forma minoritaria. Esta evidencia tiene consecuencias de género relevantes para la condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para articular trabajo productivo y reproductivo.

La distribución entre Estado, familias, mercado y comunidad de los costos, roles y responsabilidades en la atención de las personas dependientes (niños y niñas, personas adultas mayores, personas con discapacidad) es lo que se pone en juego en la definición del cuidado como política pública. La intervención y articulación de esos diferentes actores impacta en la posición de las mujeres en las familias y en el mercado de trabajo, así como determina la efectiva capacidad de las mujeres de ejercer los derechos vinculados a su ciudadanía social.

---

<sup>2</sup> El Sistema Nacional de Cuidados, se propone pasar de un modelo familista a uno de corresponsabilidad social entre varones y mujeres y entre Estado, mercado, familias y comunidad, generando cambios en la actual división sexual del trabajo, a través de distintos mecanismos institucionales de regulación y oferta de servicios. Al mismo tiempo plantea la necesidad de valorizar la tarea de cuidados, profesionalizándola, a través de la capacitación de las y los cuidadores (Consejo Nacional de Política Social, 2012). Para cumplir con sus objetivos el Sistema propone la creación de nuevos servicios, la regulación de los existentes y la formación de quienes trabajan en los cuidados, así como la promoción activa de las transformaciones culturales hacia la corresponsabilidad en los cuidados. (Consejo Nacional de Política Social, 2012).

La provisión de cuidados en salud por parte de las familias carece de visibilidad dada sus características de trabajo no remunerado. Parte de esta invisibilidad se sustenta en que estos servicios no suponen una retribución monetaria, o una contabilización de los tiempos invertidos, lo que torna difícil su cuantificación y la estimación de su aporte sobre el bienestar social. Ello deriva en que la atención y los cuidados de la salud sean generalmente entendidos y analizados únicamente en el marco del sistema institucional de salud. Dicho sistema conjuga instituciones públicas y privadas para ofrecer servicios profesionales e implica trabajo remunerado del personal de la salud y de las personas que cuidan. Sin embargo, estos servicios constituyen solo la punta de un iceberg en el que el cuidado no remunerado, sobre todo dentro de las familias, se configura como un verdadero sistema invisible de atención a la salud (Durán, 2008).

Junto a los servicios de hospitalización provenientes de instituciones públicas y privadas, en el país existen servicios privados (denominados servicios de acompañantes) que brindan cuidado cotidiano a enfermos durante la internación hospitalaria y en domicilio. Al final de este documento se analizarán las principales características del personal que trabaja en tareas de cuidado de salud y cuyos servicios son similares a los que brindan los familiares de forma no remunerada. Estos cuidados provenientes de empresas o personas contratadas son mayormente costeados por las propias familias, ya que no existe hasta el momento en el país, dispositivos universales que provean estos servicios públicamente o mecanismos de subvenciones.

Las oportunidades actuales con que cuentan las familias para sostener la provisión de cuidados se ven actualmente comprometidas por la denominada “crisis del cuidado”. La crisis del cuidado consiste en un desajuste entre la demanda de cuidados, compuesta por las personas dependientes (debido a edad o a enfermedad permanente o temporal) y la oferta de cuidados, proveniente de las personas disponibles para cuidar. En el contexto de crisis, la oferta de cuidados disminuye mientras que aumenta la demanda. Este desajuste se vincula a una serie de cambios culturales y demográficos entre los que se destacan el aumento de la esperanza de vida la cual incrementa la demanda de cuidados de personas mayores, la disminución de hogares de tipo tradicional (mujer ama de casa y varón proveedor) y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral que promueven la disminución de personas, particularmente mujeres disponibles para brindar cuidado.

La constatación del aumento de las necesidades específicas de cuidados en salud producto sobre todo del proceso de envejecimiento y de la vulnerabilidad del sistema sanitario, el que está apoyado en las mujeres y en un modelo familiar biparental tradicional, han derivado en una serie de cuestionamientos. ¿Quiénes asumen los costos del cuidado no remunerado en salud en Uruguay?, ¿Qué perfil tienen las personas cuidadoras no remuneradas en salud?, ¿A quiénes cuidan? ¿Cuál es el vínculo que mantienen con el sistema institucional de salud?

El presente documento busca responder a dichas interrogantes en base al análisis de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (Uruguay, 2013) realizada por el Equipo Sociología de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República<sup>3</sup> con el financiamiento del Programa de Investigación y Desarrollo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) y con apoyo del Programa de Naciones Unidas para Desarrollo (PNUD).

<sup>3</sup> El proyecto de investigación en que se basa este documento fue coordinado por Karina Batthyány, y contó con la participación de Rosario Aguirre en calidad de asesora, Natalia Genta y Valentina Perrotta como investigadoras y Sol Scavino como ayudante de investigación.

## I. Definiciones conceptuales

---

### A. Cuidados, género y uso del tiempo

La noción de cuidados continúa siendo discutida conceptualmente mientras persisten innumerables trabajos de investigación que abordan uno o varios aspectos empíricos relacionados a las actividades de cuidado. Hoy conviven diversas conceptualizaciones acerca del cuidado y las formas de abordarlo.

Partiendo y reconociendo una noción amplia de cuidado<sup>4</sup> la investigación en la que se basa este documento ha conceptualizado al cuidado como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. El cuidado entonces implica hacerse cargo de los cuidados materiales, lo que conlleva un trabajo, de los cuidados económicos que implican un costo económico, y de los cuidados psicológicos que implican un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Los cuidados pueden ser realizados de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de estas tareas variarán según se realicen o no dentro de la familia y también de acuerdo a sí se trata o no de una tarea remunerada<sup>5</sup> (Aguirre, 2003b, Batthyány, 2002). Esto significa que los cuidados no son por definición en sí mismos de carácter remunerado o no remunerado sino como consecuencia de elecciones políticas, valoraciones culturales compartidas y sistemas de género.

La especificidad del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea en el marco de la familia o por fuera de ella. En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional. No es solamente una obligación jurídica establecida por ley (obligación de prestar asistencia o ayuda) o una obligación económica, debido a que involucra también las emociones que se expresan en el seno familiar al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas.

---

<sup>4</sup> Referimos a la definición propuesta por Fisher y Tronto (1990) “El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretener una compleja red del sostenimiento de la vida. (Fisher y Tronto, 1990 en Montaña, 2009: 27).

<sup>5</sup> Esta definición fue inspirada en los aportes de Letablier (2001).

Fuera del marco familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio, de cuidado y preocupación por los otros. El trabajo se realiza cara a cara entre dos personas y genera lazos de proximidad, en una situación de dependencia pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento. De todas formas lo que unifica la noción de cuidado es que se trata de una tarea realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales.

En los últimos años, los cuidados empiezan a adquirir protagonismo en la agenda de investigación así como en las políticas públicas<sup>6</sup>. El cuidado se distingue de otros tipos de trabajo no remunerado debido a su dimensión vincular, a partir de la cual está culturalmente asignado a las mujeres, como una responsabilidad ‘naturalmente’ femenina. Las características relacionales y afectivas de la tarea de cuidado están asociadas a la identidad femenina, lo que posiciona el cuidado como uno de los temas sustantivos directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Tomando el ejemplo de Hoschild (2003) existe una imagen que simboliza el cuidado hasta la actualidad, “el retrato de una madre con su hijo en brazos. La madre que aparece allí suele estar en su casa sentada en un sillón, o en un escenario de ensueño, como un jardín. (...) quien brinda cuidado en ella no es un hombre, sino una mujer. No está en un lugar público, sino en su casa. Además, el cuidado que se retrata parece un acto natural, que no requiere esfuerzo. La mujer está sentada, quiescente, no parada ni en movimiento (posiciones asociadas con el “trabajo”). Parece disfrutar del cuidado que brinda a su hijo, y el rostro del hijo a menudo sugiere que la madre es buena en la tarea de cuidarlo” (Hochschild, 2003:307).

La asociación tan estrecha y naturalizada de las mujeres con el cuidado termina por responsabilizarlas exclusivamente de la tarea, de sus costos y genera obstáculos para su desarrollo en el ámbito público y por tanto es clave para entender las desigualdades de género que persisten hasta la actualidad.

Paralelamente al desarrollo del concepto de cuidados, todavía en construcción, se elaboraron instrumentos metodológicos que permitieran operacionalizarlo y medir la distribución de este trabajo por sexo. Las Encuestas de Uso del Tiempo realizadas en el país en 2003, 2007 y 2013, son la herramienta que contribuye a visibilizar el trabajo no remunerado, entre los cuales el cuidado es una de sus componentes claves.

La medición a través del uso del tiempo demostró que la carga global de trabajo de las mujeres (entendida como la suma del trabajo remunerado y no remunerado) es mayor que la de los varones, ya que las mismas se incorporan al mercado laboral sin renegociar su tiempo de trabajo en el hogar. Estas encuestas también permitieron visibilizar las vinculaciones entre trabajo remunerado y no remunerado demostrando que las dificultades que tienen las mujeres en el acceso y permanencia en el trabajo remunerado son en parte debido a la carga en el trabajo no remunerado. En definitiva evidenciaron que la distribución de tiempos y tareas está condicionada por la división sexual del trabajo.

Por otra parte, los esfuerzos de cuantificación y generación de indicadores buscan la valoración del trabajo no remunerado, de manera de demostrar los costos económicos y sociales que conlleva. Contribuyen a visibilizar el trabajo realizado por las mujeres así como su aporte al bienestar al mostrar el rol que cumplen en el ámbito privado.

Finalmente los datos que provienen de dichas encuestas constituyen una de las manifestaciones empíricas de la división sexual del trabajo, al mostrar la inequidades entre varones y mujeres en los cuidados de personas dependientes. De esta manera contribuyen a visualizar la necesidad de que las políticas públicas planteen los cuidados como una responsabilidad social y colectiva y no como un problema individual a fin de disminuir las demostradas desigualdades de género.

Mientras que en un primer momento los cuidados eran parte de los distintos tipos de trabajo que estaban incluidos en el trabajo no remunerado medidos en dichas encuestas, en los últimos años se ha comenzado a concebir los cuidados en su especificidad, a entenderlos en relación con su contribución al bienestar y como actividad que trasciende el ámbito no remunerado. Por tanto se ha comenzado a buscar estrategias que permitan medirlos específicamente<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Para un recorrido conceptual de los cuidados en la agenda de investigación y su vínculo con las políticas públicas ver Aguirre, Batthyany, Genta, Perrotta (2014).

<sup>7</sup> Producto de la importancia que adquieren los cuidados en el país, en el formulario 2013 de Encuesta de Uso del Tiempo se agregan preguntas específicas sobre cuidados, particularmente se indaga por cada población dependiente por separado y sobre contratación de cuidados externos al hogar.

La investigación que se presenta pretende contribuir en la línea desarrollada por las encuestas del uso del tiempo, profundizando en el análisis específico de los cuidados, pero particularmente en lo que a cuidados no remunerados se refiere y en un tipo de cuidado, los vinculados a la salud, poco explorados con anterioridad.

## **B. Los cuidados no remunerados en salud**

Si bien existe un recorrido considerable de las encuestas de uso del tiempo en la región latinoamericana y en Uruguay particularmente, persisten elementos que continúan sin ser suficientemente indagados a los que este trabajo pretende contribuir. Del estudio realizado por Aguirre y Ferrari para Cepal (2013) surge como uno de los hallazgos la necesidad de incorporar o mejorar la captación de las horas específicas de cuidado relevadas en dichas encuestas otorgándole un tratamiento más exhaustivo y detallado del que se realiza actualmente. Asimismo presentan evidencias de que en las encuestas de uso del tiempo se presta mayor atención a la población infantil respecto a las personas adultas mayores y a las personas con discapacidad. Esta ausencia o escasez de información sobre el cuidado pero particularmente sobre la población dependiente adulta mayor y discapacitada continúa siendo un obstáculo para dimensionar las necesidades de cuidado existentes, y sobre todo su posible redistribución.

En línea con estas reflexiones, la investigación que es insumo para este documento pretendió, por un lado, profundizar en las horas de cuidado realizando una encuesta de uso del tiempo específica para su medición. Por otro lado, posibilitó dar cuenta de uno de los distintos tipos de cuidados, los cuidados no remunerados en salud, que, como veremos más adelante, son recibidos en mayor medida por personas adultas mayores y por quienes tienen enfermedades crónicas. En definitiva, estos datos permiten profundizar en el diagnóstico de la distribución de los cuidados y en un tipo de cuidado en particular que se vuelve un insumo necesario para la definición de las políticas públicas en el país.

Los cuidados no remunerados brindados en los hogares representan una contribución fundamental para la salud de la población, lo que vuelve necesario que las políticas de salud pública los tengan en cuenta y reconozcan su papel (Carrasco, 2008).

La escasez de información y datos confiables sobre el papel que las familias cumplen en el cuidado de la salud, tiene repercusiones negativas en la formulación y planificación de políticas de salud. Como indica Lourdes Ferrán (2008) la omisión de indicadores sobre los servicios de salud domésticos impide que las políticas públicas puedan apreciar su efectivo valor en el marco de los sistemas de atención de salud. A partir de ello es evidente la necesidad de nuevos indicadores que den cuenta del esfuerzo, medido en tiempos, que las familias realizan para contribuir al cuidado de la salud de sus miembros.

Los antecedentes regionales indican que, dadas las restricciones de recursos financieros que han enfrentado los servicios públicos de salud, son los hogares quienes deben enfrentar o complementar los cuidados de salud requeridos por un paciente, sea comprando los medicamentos, haciendo uso de los servicios privados o cuidando a los enfermos en el hogar (Gómez Luna, ME; 2001).

A nivel internacional, existen varios antecedentes de medición directa de los cuidados familiares en salud. Por ejemplo en España, García Calvente (1999) afirma que los cuidados no remunerados realizados por las familias son el principal proveedor de atención en salud, mientras que los servicios remunerados participan de forma secundaria. Estudios más recientes, (Duran; 2008) muestran que sólo el 12% del tiempo total dedicado anualmente al cuidado de la salud lo aportan los profesionales sanitarios, el 88% restante, la inmensa mayoría, es tiempo dedicado por los familiares. La familia se constituye así en el principal prestador de cuidado a la salud. En el caso de Canadá, se estima que entre un 85% y un 90% del total de los cuidados prestados está por fuera del sistema de salud (National Coordinating Group on Health Care Reform and Women and Home Care, 2003).

Encuestas específicas realizadas en Canadá (Health Canadá, 2002) buscaron establecer un perfil de los cuidadores familiares, determinar el tipo de hogar en que se realizan estos cuidados, qué tareas de cuidado específicas se hacen, en qué período de tiempo y determinar los costos para quienes cuidan.

Dentro de los principales resultados de dicha encuesta se destaca que el 4% de los adultos canadienses están proporcionando actualmente cuidado familiar a otro que sufre de una discapacidad física o mental o enfermedad crónica. Esto se traduce en alrededor un tercio de todos los tipos de cuidadores. La mayoría de dichos cuidadores (77%) son mujeres y por lo general mayores de 45 años, las que constituyen el 51% de la población cuidadora del país. El 31% de los cuidadores son retirados y el 16% son amas de casa (Health Canadá, 2002).

Las mujeres, como grupo, están mucho más involucradas en el cuidado de las familias mientras que los varones lo están en áreas tales como el pago de facturas o llevar y traer personas enfermas. Una buena parte de los cuidados en salud en los hogares implica la atención a necesidades básicas como bañarse, alimentarse, entre otras y en menor medida se realizan actos específicos como curar heridas dentro de los hogares (Health Canadá, 2002).

En cuanto a las representaciones de los cuidadores en torno al cuidado, la mayoría los percibe como una responsabilidad de familia (67%). Se destaca la existencia de un significativo grupo (35%) que declara haber asumido este papel dado que no disponen de nadie más que se encargue del cuidado o debido a la falta de servicios externos de cuidado en el hogar (25%) (Health Canadá, 2002).

El estudio destaca la inversión de roles entre los hogares y el sistema institucional de salud, ya que al contrario de lo que suele pensarse, son los hogares los que apoyan al sistema sanitario. El uso de servicios formales parece ser exclusivo para aquellos miembros de la familia que requieren una atención intensiva.

En el caso español<sup>8</sup>, se puso de manifiesto, que el 98% de quienes necesitan cuidados de salud los reciben de fuentes distintas a los servicios sanitarios institucionales bien mediante el autocuidado (32%) o mediante el sistema informal familiar (66%) o ambos (1%).

La investigación plantea que una de las consecuencias de las reformas de los sistemas sanitarios en España fue la derivación a los hogares, de las responsabilidades y costos del cuidado de la salud. La reforma coloca el énfasis en la atención de la salud en el entorno del enfermo, transfiriendo al hogar más número de cuidados y de mayor complejidad (García-Calvente et al, 2004).

Entre los estudios realizados es posible encontrar similitudes en el perfil de las personas cuidadoras: la mayoría son mujeres, personas mayores de 45 años y pertenecientes a niveles socio-económicos bajos con poco acceso al mercado de empleo (García-Calvente et al 1999, INSERSO, 1995, La Parra, 2001, García-Calvente et al, 2004).

Los antecedentes constatan el rol fundamental de las mujeres en el sostenimiento (en base a trabajo invisible) del sistema de salud. En el caso español, las mujeres son el 60% de los cuidadores principales de personas mayores y el 75% en el caso de personas con discapacidad. Las mujeres asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras secundarias, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otra mujer de la familia: madre, hermana o hija (García-Calvente, 2004).

Como consecuencia de la sobre recarga de la actividad de cuidados no remunerados en salud se expone a las mujeres a que su propia salud se vea afectada en algún grado, particularmente en la esfera psicológica. Los efectos también pueden apreciarse en el empeoramiento de sus posiciones en el mercado de empleo (ya sea por abandono temporal o definitivo del mismo o por la imposibilidad de acceder a él), en la situación económica personal, en la pérdida de redes sociales y en el disfrute del tiempo libre. Uno de los grandes costos que tiene el cuidado informal en salud para las mujeres es el escaso tiempo disponible (García-Calvente et al, 2004).

El otro antecedente a destacar a nivel regional, es el de Chile<sup>9</sup> el que comparte todos los hallazgos identificados en las investigaciones europeas y canadienses, con la diferencia de que el tiempo dedicado al cuidado no difiere significativamente entre mujeres y varones (Díaz et al, 2006).

<sup>8</sup> Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud, Escuela andaluza de salud pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

<sup>9</sup> Cuidadoras de la vida. Centro de Estudios de la Mujer.

En resumen, los antecedentes coinciden en que las familias tienen el mayor aporte en cuanto a los cuidados en salud, lo cual está invisibilizado dado que es un trabajo no remunerado que ha sido llevado a cabo históricamente por las mujeres, sin un reconocimiento del mismo como tal.

Hasta el momento no se ha medido en Uruguay de que manera y cuánto aportan las familias a los cuidados de salud, ni cuáles son y quiénes pagan los costos de dichos cuidados. Debido a la invisibilidad del aporte de las familias, no existen políticas específicas ni de coordinación entre el Sistema Nacional Integrado de Salud y otros organismos del Estado o la comunidad para apoyar a las familias en su rol de prestadoras de servicios no remunerados en salud.

Dado el proceso de envejecimiento de la población uruguaya, el colectivo de personas mayores de 65 años se presenta como uno de los grandes demandantes de cuidados y particularmente de aquellos específicos de salud. La prevalencia de las enfermedades crónicas o de dependencia permanente es más alta en este grupo respecto a los colectivos de otras edades.

El alargamiento de la vida tiene como consecuencia la mayor duración del tiempo en que se necesitan cuidados. A medida que evoluciona el proceso de envejecimiento de la población, se incrementan los porcentajes de dificultades de visión, audición y movilidad prevalentes en la población. (Censo, 2011)<sup>10</sup>.

Por ende, la disponibilidad de personas que cuiden es un aspecto fundamental para dar cobertura a dichas necesidades, la que encuentra limitantes en la rígida división sexual del trabajo que responsabiliza casi exclusivamente a las mujeres por estas tareas y a la negociación inter-generacional.

Respecto a la negociación inter-generacional, sobre cómo se distribuye el cuidado de las personas mayores dependientes, es claro que se encuentra mediada por los intereses y nociones sobre los deberes y obligaciones de cuidado para cada generación. En base a los resultados de la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales del Cuidado, Batthyány, Genta y Perrotta (2012) sabemos que existen diferentes concepciones sobre la situación deseada para el cuidado de las personas adultas mayores. En este punto se evidencia una diferencia entre la población menor de 69 años y la población mayor de 70 años, ya que estos últimos perciben más fuertemente que los primeros la obligación de los hijos e hijas en el cuidado directo de padres y madres. Los datos muestran que hijos e hijas se sienten obligados a garantizar el cuidado, pero no necesariamente el cuidado directo. Esto da cuenta de una demanda insatisfecha en los cuidados familiares directos por parte de los/as adultos/as mayores.

En los últimos años Uruguay ha avanzado en la ampliación de su sistema de protección social. Ejemplo de ello es el Plan de Equidad, el propio Sistema Nacional Integrado de Salud, la reforma en las asignaciones familiares y los niveles más altos de las jubilaciones y pensiones. En el marco de la discusión sobre el Sistema Nacional de Cuidados, la investigación de la que surge este documento aporta insumos para la caracterización y cuantificación del cuidado de salud no remunerado que brindan las familias y las mujeres y sus posibles articulaciones con el Sistema Nacional Integrado de Salud.

---

<sup>10</sup> La Encuesta de Hogares Ampliada (2006) midió una gama más amplia de limitaciones en relación al censo. Fueron consideradas las limitaciones permanentes para utilizar los brazos o manos, para hablar y de limitaciones que le dificultan relacionarse con los demás. Para esta encuesta, de la población mayor de 65 años el 8,4% presenta limitaciones y un 5,6% de aquellos menores de 65 años. Del total de las mujeres el 9,1% de la población tiene limitaciones y del de los hombres un 7,7%. En general, las mujeres de más de 65 años presentan en mayor porcentaje limitaciones, respecto de los hombres en ese mismo tramo de edad.



## II. La Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud

---

El enfoque del que parte la investigación de origen a este documento, es de una noción amplia de salud que incorpora la dimensión social y que la ubica no solamente como un tema del sector sanitario sino como un asunto que requiere del compromiso de la ciudadanía, instituciones y agentes.

La perspectiva de la que parte este trabajo proviene de los desarrollos teóricos de la temática de cuidados desde la perspectiva de género y es desde allí que realizamos el análisis. Entendemos que dentro de los cuidados cotidianos, existen algunos específicos que pueden denominarse de salud, como se verá más adelante.

Para poder medir los cuidados no remunerados en salud, fue necesario diferenciar las actividades que se llevan a cabo en los hogares diariamente y que contribuyen a la prevención y promoción de salud en un sentido amplio (son las relevadas en las encuestas de uso del tiempo) de las tareas de cuidado no remunerado en salud. Con fines operativos, los cuidados no remunerados en salud, son definidos como aquellas que se realizan con el fin de apoyar a personas que tienen su capacidad de funcionamiento disminuida en forma temporal o permanente.

En el primer caso, se encuentran las actividades destinadas a higienizar el hogar, preparar alimentos, higienizar a niñas y niños pequeños así como adultos dependientes, que sin duda implican actividades de trabajo no remunerado en salud ya que promueven el bienestar físico, psíquico y social de los individuos que habitan los hogares. Las encuestas de uso del tiempo muestran que el 30% de las mujeres en Uruguay dedican tiempo al cuidado infantil. En cuanto al cuidado de adultos mayores y de personas dependientes, alrededor del 4% de la población uruguaya declara ser cuidadora para 2013 (SIG, 2013).

Estos datos (y su respectiva medición en horas) están relevados en las encuestas de uso del tiempo y no forman parte del objeto de estudio de esta investigación. Esta investigación se centrará en el segundo tipo de tareas, aquellas de cuidado en salud destinadas a apoyar a las personas que tienen su capacidad de funcionamiento disminuida.

Se distinguen cuatro tipos de cuidados no remunerados en salud:

- Cuidados de salud específicos realizados en el hogar (hacer tratamientos, controlar manifestaciones de la enfermedad, administrar medicinas, etc.).

- Cuidados de apoyo a la salud realizados en el hogar ante situaciones de enfermedad (alimentar, higienizar, etc.).
- Acompañamiento (traslados específicos, entretener, concurrir a las consultas médicas, etc.);
- Gestiones con el sistema institucional de salud (solicitar consultas, retirar análisis, etc.).

La definición operativa de trabajo de cuidados no remunerados en salud construida para la Encuesta refiere a todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlas por sí mismas, sin recibir retribución monetaria por ellas. También incluyen los cuidados para personas que no viven en el hogar ya sean familiares o no.

Por personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de cuidado de salud no remunerado nos referimos a niños y niñas, personas adultas mayores dependientes, personas con discapacidad inhabilitados para autocuidarse, enfermos crónicos, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc.

La investigación que da origen a este documento se propuso describir y cuantificar los cuidados que proveen los hogares. Asimismo buscó conocer cómo se distribuye este trabajo entre varones y mujeres y cuáles son las consecuencias para la vida de las personas que cuidan. Esta información aporta conocimiento fundamental sobre la contribución de las familias y de las mujeres al sistema sanitario, aportando datos sobre su magnitud en nuestro medio y enriqueciendo el concepto de cuidados que se ha vuelto clave en el marco de los sistemas de protección y bienestar.

Con estos fines se diseñó y aplicó la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. En el presente documento, se abordan algunas de las dimensiones indagadas por la Encuesta: i) las horas de cuidado de salud no remunerado provistas por varones y mujeres en las familias; ii) los tipos de tareas de cuidados en salud no remunerada que se proveen; iii) el perfil de las personas y de los hogares que brindan cuidados en salud no remunerado; iv) la participación relativa de las familias en el cuidado de salud en comparación con las instituciones de salud, y v) las consecuencias percibidas por la dedicación al cuidado en salud no remunerado en las personas que los proveen.

Se trató de una encuesta representativa de la población uruguaya, basada en una muestra bietápica y estratificada por nivel socioeconómico, en la que se consultó a 1198 hogares sobre la realización de cuidados no remunerados en salud. Hasta el momento, esta es la primera encuesta que mide los cuidados no remunerados en salud, por tanto no se contaba con un marco muestral para definir un tamaño de muestra acorde con la distribución de los cuidados en la población. Debido a esto, se realizó un primer relevamiento para ubicar a los “hogares cuidadores” y luego un segundo relevamiento en donde se pudo medir efectivamente los cuidados que se brindan. Los antecedentes de investigación (García Calvente et al 1999, Mauro et al 2006) arrojaban el dato que entre 10% y 20% de los hogares brindan cuidados no remunerados en salud y dichas investigaciones plantearon estrategias de abordaje similares a la mencionada para Uruguay.

En el primer relevamiento se detectaron de manera aleatoria 210 hogares en los que se realizaron cuidados no remunerados en salud. La pregunta filtro para que un integrara la muestra era la siguiente “Durante la última semana ¿usted o alguna persona del hogar ha realizado alguna tarea de cuidados por la que no ha recibido remuneración para una persona dependiente con enfermedad crónica o temporal o ha acompañado a alguna persona a una institución de atención en salud?”.

El total de hogares en los que se realizaron cuidados no remunerados en salud bajo esta definición fue aumentado a 300, con el objetivo de analizar específicamente estos hogares en base a una muestra confiable<sup>11</sup>.

Respecto a las ventajas y desventajas que tuvo la aplicación de esta técnica consideramos que el esfuerzo por visibilizar el cuidado a través del tiempo de dedicación continúa siendo hoy en día un desafío que apunta a la transformación de las relaciones de género. Esto se aplica especialmente para la

<sup>11</sup> Tanto para los hogares en los que se realizaron cuidados no remunerados en salud como para los que no, se relevó información sobre las personas de carácter socio-demográfico. De esta forma, se obtuvieron datos sobre la composición de los hogares y sobre su nivel socioeconómico.

región latinoamericana en la que a pesar de los importantes avances en la materia, no se cuenta aún con encuestas de uso de tiempo periódicas y comparables entre los países de la región. En definitiva, esta investigación permite aportar elementos para la comprensión del cuidado como un trabajo no remunerado, medible en horas, sin desconocer que es esta una de las tantas y complementarias líneas de análisis para su comprensión.

El tiempo subjetivo no es lineal y engloba una serie de subjetividades y sucesos que son incompresibles desde una concepción cronológica del mismo y esta será una de las desventajas del enfoque aquí elegido. Pero también es cierto que el tiempo es un recurso utilizado y distribuido de forma desigual entre mujeres y varones, lo que hace legítimo su análisis.

A continuación se presenta el análisis de algunos de los resultados de la Encuesta de Cuidados no remunerados en salud.



### III. Principales hallazgos

---

#### A. Perfil de los hogares y las personas que brindan cuidados no remunerados en salud

En este apartado nos enfocamos en definir el perfil de las personas y los tipos de familias que realizan cuidados no remunerados en salud. En Uruguay, el 17,5% de los hogares brindan cuidados no remunerados en salud.

**Cuadro 1**  
**Hogares proveedores de cuidado no remunerados en salud**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	210	17,5
No	988	82,5
Total	1 198	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

En cuanto a la tipología de hogares, los que brindan cuidados en salud presentan una proporción mayor de hogares biparentales con hijos (37,7%), extensos (14,3%) y compuestos (15,3%), en comparación con los que no lo hacen, cuyas cifras son 30,0%, 4,4% y 8,9% respectivamente. Estos tres tipos de hogares son más numerosos y por tanto cuentan con mayor número de personas potenciales cuidadoras y beneficiarias del cuidado en salud. Como se analizará más adelante, aproximadamente el 60% de los cuidados se realizan entre miembros del hogar.

**Cuadro 2**  
**Tipo de hogar según provisión de cuidados en salud**

	Hogares cuidadores	Hogares no cuidadores	Total
Unipersonal	8,3	22,3	19,0
Biparental sin hijos	17,0	23,6	22,0
Biparental con hijos	37,7	30,0	31,8
Monoparental femenino	6,0	8,6	8,0
Monoparental masculino	0,3	1,1	0,9
Extenso	14,3	4,4	6,7
Compuesto	15,3	8,9	10,4
Sin núcleo	1,0	1,2	1,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Respecto a las personas cuidadoras, se observa el fuerte protagonismo de las mujeres, quienes representan el 76,6% de quienes brindan cuidados en salud no remunerados. Los datos de Encuesta de uso del Tiempo 2013 muestran que las mujeres participan en el cuidado infantil (niños y niñas de 0 a 12 años) en el 80,0% de los casos mientras que lo hacen el 59,2% de los varones. En el caso de las personas con discapacidad estas cifras son de 79,9% y de 49,7% respectivamente.

**Cuadro 3**  
**Personas que proveen cuidados en salud no remunerados, según sexo**

Varones	23,4
Mujeres	76,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Si bien en todos los niveles socioeconómicos son las mujeres las que cuidan en mayor proporción que los varones, esta diferencia se incrementa en el caso del nivel socioeconómico bajo. En este nivel los varones se involucran menos en los cuidados en salud no remunerados lo que coincide con la tendencia encontrada respecto a las Encuestas del Uso del Tiempo, así como a las representaciones sociales del cuidado (Batthyany, Genta, Perrotta, 2012).

**Cuadro 4**  
**Distribución de mujeres y varones cuidadores en salud no remunerados por nivel socioeconómico**

	Varones	Mujeres	Total	D m/v
Bajo	14,0	86,0	100	72,0
Medio	26,4	73,6	100	47,2
Alto	21,2	78,8	100	57,6

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

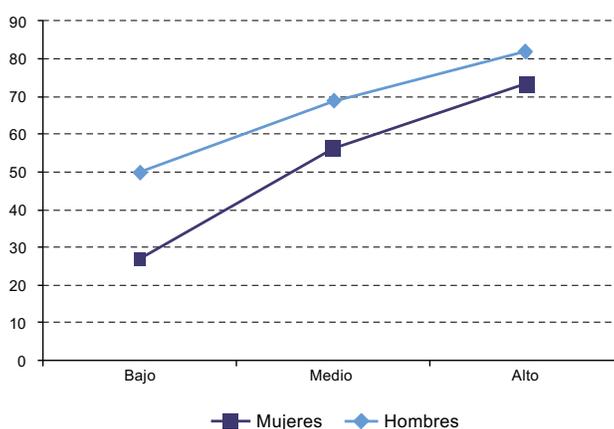
Los datos de EUT 2013 muestran que la carga de trabajo que las mujeres realizan en materia de cuidado a personas dependientes aumenta a medida que disminuyen los ingresos de las personas. Mientras que la tasa de participación de las mujeres que residen en hogares pertenecientes al primer quintil de ingresos es de 60,0%, en aquellas del quinto quintil este valor desciende a 12,5%. Las brechas de género, por su parte, aumentan a medida que disminuyen los ingresos de las personas (SIG, 2013).

Por otra parte, los datos de la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales del cuidado evidencian que en los sectores de bajos ingresos en mayor medida que en los otros niveles, persisten valoraciones más familistas y que tienden a cargar la responsabilidad del cuidado en las mujeres (Batthyany, Genta, Perrotta, 2012).

En esta línea, al observar el vínculo que los cuidadores en salud no remunerados tienen con el trabajo remunerado, encontramos que si bien, las mujeres cuidadoras presentan menor participación en el mercado laboral que los varones cuidadores, son las mujeres de nivel socioeconómico bajo las que se encuentran en una situación más vulnerable respecto a contar con ingresos propios. Así, tan solo el 27% de las mujeres cuidadoras no remuneradas en salud acceden al trabajo remunerado mientras esto ocurre con el 50% de los varones cuidadores del mismo nivel.

Encontramos aquí un grupo de mujeres que se dedica fuertemente a las tareas de cuidados no remunerados y no accede al trabajo remunerado con los consecuentes impactos en su autonomía económica.

**Gráfico 1**  
**Proporción de personas que proveen cuidados no remunerados en salud que acceden al trabajo remunerado, por nivel socioeconómico y sexo**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

En la actualidad, las mujeres continúan presentando mayores dificultades que los varones para articular trabajo remunerado y cuidados. Los datos para Uruguay, muestran un comportamiento opuesto entre varones y mujeres respecto a la participación en el mercado laboral cuando tienen hijos menores, dado que mientras los varones incrementan su participación las mujeres la reducen. Este indicador evidencia el impacto que tiene el cuidado en las trayectorias laborales de las mujeres<sup>12</sup>.

Respecto al perfil de quienes brindan cuidados no remunerados en salud, observamos que es el tramo entre 46 y 65 años el que presenta la mayor proporción de personas que brindan dichos cuidados. Probablemente esto esté asociado a que en este tramo etario conviven personas que cuidan tanto a sus padres y madres adultas mayores como a sus nietos y nietas. En el caso de las mujeres, esta proporción es más relevante que en el caso de los varones, concentrándose aproximadamente la mitad de las mismas en este tramo etario.

El siguiente cuadro muestra también la baja participación de los jóvenes en estas tareas en comparación con las personas adultas y adultas mayores. Si comparamos estos datos con los resultados de la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en 2007 (INE, 2008), se observa que el tramo etario donde se concentraba la mayor proporción de personas que realizaban trabajo no remunerado era el de 30 a 45 años, edad asociada a la mayor demanda de cuidados de niños y niñas.

<sup>12</sup> Cuando no hay hijos en el hogar, las tasas de participación de los varones ascienden a 69.5% y la de las mujeres a 79.4%. Cuando tienen 3 hijos o más, los varones trabajan remuneradamente en el 83.9% de los casos, mientras que las mujeres lo hacen en el 55.6% (SIG, 2012).

Podemos afirmar entonces que los cuidados en salud son brindados por personas de mayor edad, lo que podría explicarse tanto por la simultaneidad de personas dependientes que cuidan (niños y niñas y personas adultas mayores) como por las mayores posibilidades de cubrir el cuidado ante situaciones extraordinarias, que desbordan la estrategia de cuidado cotidiana (enfermedades temporales, accidentes) que tienen las personas mayores debido a pertenecer en mayor medida a la población inactiva.

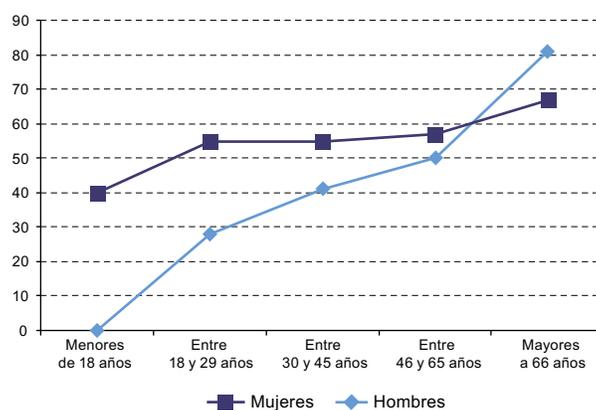
**Cuadro 5**  
**Distribución de las personas que proveen cuidados en salud no remunerados y de la población uruguaya, según sexo y edad**

	Varones		Mujeres		Total	
	Cuidadores	Población uruguaya	Cuidadoras	Población uruguaya	Cuidadores y cuidadoras	Población uruguaya
Menores de 18 años	0	30,7	1,1	26,1	0,8	28,3
Entre 18 y 29 años	10,8	16,1	9,6	15,3	9,9	15,7
Entre 30 y 45 años	30,1	21,0	26,8	21,5	27,6	21,3
Entre 46 y 65 años	37,3	20,9	46,7	22,2	44,5	21,5
Mayores de 66 años	21,7	11,3	15,8	15,0	17,2	13,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013 y Encuesta Continua de Hogares 2012 del Instituto Nacional de Estadística.

Uno de los datos interesantes que surge al observar la edad de quienes cuidan es que solo los varones mayores de 65 años cuidan en mayor medida que las mujeres. Al indagar con mayor detenimiento estos casos, que por el tamaño de la muestra resultan escasos, podemos identificar algunas tendencias. En general podemos decir que son personas mayores que no trabajan de forma remunerada, que cuidan a sus conyugues también mayores, que en la mayoría de los casos tienen dependencia crónica y que conforman hogares biparentales sin hijos.

**Gráfico 2**  
**Proporción de varones y mujeres cuidadores no remunerados en salud por tramos de edad**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

## B. Carga de cuidado no remunerado en salud

Respecto a la dedicación horaria, el promedio de horas semanales que la población menor de 65 años destina en Uruguay al cuidado no remunerado en salud es de 53 horas, siendo de 56 horas para las mujeres y 44 para los varones. Se observa un mayor número de horas de dedicación al cuidado no remunerado

de salud respecto a los cuidados cotidianos (Encuestas de Uso del Tiempo, 2003, 2007 y 2013). En la EUT 2013 surge que el promedio de horas semanales que las mujeres dedican al cuidado es de 22,4 horas mientras que los varones dedican 16.8 horas (SIG, 2013).

Dicha diferencia probablemente se explique porque el cuidado de salud requiere un cuidado más intensivo durante el tiempo que se desarrolla una enfermedad<sup>13</sup>, a excepción de casos de personas con dependencia crónica, las cuales tienen mayores requerimientos de cuidados en forma permanente.

**Cuadro 6**  
**Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado en salud,**  
**según sexo de la persona que provee los cuidados**  
(Población hasta 65 años)

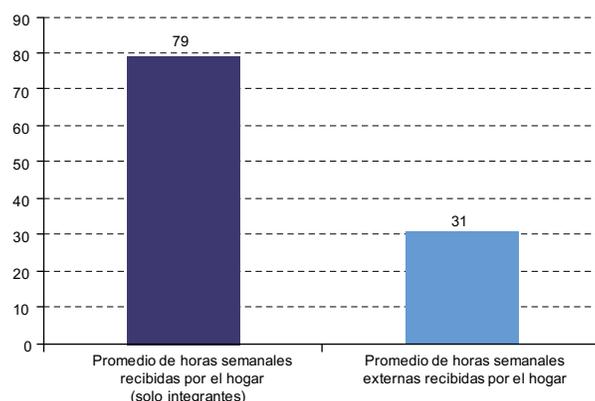
Varones	Mujeres	Total
44	56	53

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

La estrategia utilizada por los hogares para cubrir la demanda de cuidados en salud incluye los cuidados brindados por sus mismos integrantes pero también apoyos externos como: contratación de personas, trabajo no remunerado de parientes y no parientes y servicios brindados por instituciones públicas y privadas. El 18% de los hogares que brinda cuidados no remunerados en salud, recibe apoyo externo para el cuidado de la salud de sus miembros.

Al analizar el promedio de horas semanales de cuidado que recibe el hogar desde fuera (remuneradas y no remuneradas) observamos que es muy inferior al promedio de horas semanales que brindan sus propios miembros (79 vs. 31).

**Gráfico 3**  
**Promedio de horas semanales de cuidados en salud recibidos por el hogar,**  
**según sean brindados por integrantes o de forma externa**

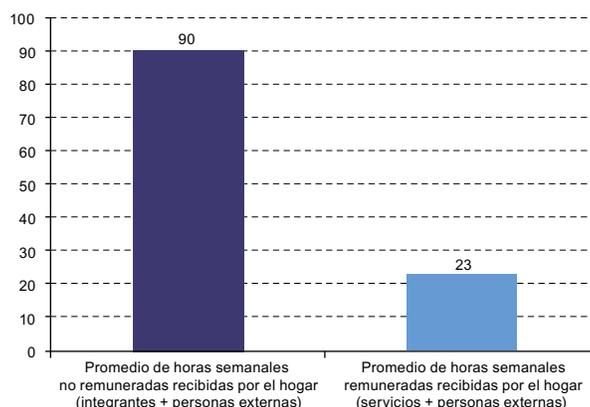


Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Por otra parte, cuando analizamos la distribución de las horas de cuidado en función de su carácter remunerado y no remunerado, observamos que la mayor parte de las horas recibidas por el hogar son no remuneradas, ya sean brindadas por sus propios integrantes como por personas externas al hogar (90 vs. 23). Los hogares que cuentan con cuidados externos, reciben un promedio de 23 horas semanales de cuidado remunerado en salud provenientes de servicios (de acompañantes de personas enfermas o personas adultas mayores, centros infantiles donde se realizan tratamientos médicos, centros de larga estadia, centros de día) y de personas contratadas.

<sup>13</sup> Por ejemplo las horas destinadas al acompañamiento de enfermos durante la internación hospitalaria o las horas requeridas de cuidado infantil mientras dura un proceso de enfermedad como la gripe.

**Gráfico 4**  
**Promedio de horas semanales de cuidados en salud recibidos por el hogar,**  
**según sean remunerados o no remunerados**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

En el capítulo V se analizan con más detenimiento los servicios externos para cuidados en salud recibidos por las familias, particularmente el sector de servicios de salud a domicilio. Se analiza el perfil de las personas que trabajan en el sector en forma comparativa con quienes cuidan sin recibir remuneración en el hogar.

### C. Perfil de las personas que reciben cuidado no remunerado en salud

Si bien en la población uruguaya las personas adultas mayores de 70 años representan el 10% de la población (ECH, INE, 2012), éstos son el 44,5% de la población que demanda cuidado no remunerado en salud. Al comparar estas proporciones con la distribución de la población uruguaya por edad y sexo, notamos que las personas mayores de 80 años están sobre representadas en la población beneficiaria del cuidado en salud. Las personas mayores de 80 años en Uruguay representan el 3,9% de la población, y en la población beneficiaria de cuidados en salud éstas representan el 27,4%.

**Cuadro 7**  
**Edades de las personas beneficiarias de cuidados en salud no remunerados y de la población uruguaya**

	Personas beneficiarias del cuidado	Población uruguaya
Menores de 4 años	3,8	5,2
Entre 4 y 12 años	11,5	13,3
Entre 13 y 69 años	40,1	71,3
Entre 70 y 79 años	17,2	6,3
Desde 80 años	27,4	3,9
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013 y Encuesta Continua de Hogares 2012 del Instituto Nacional de Estadística.

Más de la mitad de la demanda de cuidados en salud proviene de personas que tienen una enfermedad crónica o son dependientes permanentes, por lo que el cuidado es permanente y no responde a una situación emergente. Se observa que en ambos tipos de poblaciones (dependientes y crónicas) son las mujeres las que participan mayormente del cuidado, en el 74,4% de los cuidados a enfermedades crónicas y en el 79,2% de enfermedades temporales.

**Cuadro 8**  
**Distribución porcentual de las personas cuidadoras, según sexo**  
**y tipo de enfermedad de los beneficiarios del cuidado**

	Varones	Mujeres	Total
Enfermedad crónica, dependencia permanente	25,6	74,4	100
Enfermedad temporal, accidente	20,8	79,2	100

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Respecto al sexo, las personas beneficiarias del cuidado en salud son principalmente mujeres (62,5%). La mayor presencia de mujeres en esta población se explica porque las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, y por tanto es mayor la proporción de mujeres de edades avanzadas que necesitan cuidados en salud producto de su edad.

**Cuadro 9**  
**Distribución porcentual de las personas beneficiarias de cuidados**  
**en salud no remunerados, según sexo**

Varones	37,5
Mujeres	62,5
Total	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Los cuidados no remunerados en salud se brindan en su gran mayoría a familiares (92,2%), ya sea que vivan dentro (58,0%) o fuera del hogar (34,2%). Se observan diferencias importantes entre varones y mujeres cuidadoras, el 73,9% de los cuidados que realizan los varones son a miembros del hogar. Sin embargo, las mujeres no cuidan de forma tan concentradamente a miembros del hogar, sino que el 45,4% de sus cuidados están destinados a personas fuera del hogar. Por tanto, podemos señalar que las mujeres en mayor medida que los varones brindan ayuda a otros hogares, convirtiéndose en un eslabón central en la estrategia de cuidado con la que cuentan los hogares.

**Cuadro 10**  
**Tipo de vínculo entre las personas que proveen cuidados y las personas**  
**beneficiarias, según sexo de la persona que cuida**

	Varones	Mujeres	Total
Parientes que integran el hogar	70,8	53,9	58,0
Parientes fuera del hogar	18,8	39,1	34,2
No parientes fuera del hogar	7,3	6,3	6,5
No parientes que integran el hogar	3,1	0,7	1,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

El siguiente cuadro muestra la edad de los beneficiarios del cuidado según el sexo de quien los cuida. Se observa que, de los cuidados realizados por mujeres, el 43,4% está destinado a personas mayores de 70 años, mientras que esto ocurre con solo el 30,2% del cuidado que realizan los varones.

**Cuadro 11**  
**Edad en tramos de las personas beneficiarias del cuidado,**  
**según sexo de la persona que provee los cuidados**

	Varones	Mujeres	Total
Menores de 4 años	2,1	4,6	4,0
Entre 4 y 12 años	17,7	12,2	13,5
Entre 13 y 69 años	50,0	39,5	42,0
Entre 70 y 79 años	11,5	16,1	15,5
Desde 80 años	18,8	27,6	25,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

## D. Impactos en la vida de las personas que cuidan

La Encuesta también indagó acerca del impacto percibido en las actividades diarias por las personas que brindan cuidados no remunerados en salud. Se observa que el 63,4% de las personas proveedoras de cuidados manifiestan haber experimentado cambios en sus actividades diarias debido a la dedicación al cuidado en salud. Esta percepción es más importante en las mujeres (65,1%) que en los varones (57,8%).

**Cuadro 12**  
**Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido al cuidado**  
**no remunerado en salud, por sexo de la persona que provee los cuidados**

	Varones	Mujeres	Total
Mucho	30,1	29,8	29,9
Poco	27,7	35,3	33,5
Nada	42,2	34,9	36,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

El impacto percibido en las actividades diarias es más importante entre quienes cuidan a personas con enfermedades crónicas o dependencia permanente, los que manifiestan en mayor medida haber sufrido cambios en sus actividades diarias en el último año. Mientras que el 70% de quienes cuidan a enfermos crónicos o permanentes manifiestan haber sufrido cambios, esto le ocurre al 61% de quienes cuidan a enfermos temporales o por accidente.

**Cuadro 13**  
**Percepción sobre la limitación o modificación de actividades diarias debido**  
**al cuidado no remunerado en salud, según tipo de enfermedad**  
**de las personas beneficiarias del cuidado**

	Enfermedad crónica, dependencia permanente	Enfermedad temporal, accidente	Total
Mucho	38,9	26,2	32,8
Poco	30,6	34,5	32,5
Nada	30,6	39,3	34,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

El tipo de impacto más señalado por las personas que brindan cuidado en salud no remunerados está vinculado al trabajo remunerado, ingresos o estudio (45,8%), el que es mayormente manifestado por los varones (53,7%) que por las mujeres (43,4%).

El segundo tipo de impacto más mencionado refiere a las redes sociales y recreación, entre las que se inclinan en mayor medida las mujeres (22,6% vs 19,0%). Cuestiones como la disminución de horas de recreación y salidas con amigos e incluso pérdida de redes parece afectar mayormente a las mujeres.

También las mujeres señalan en mayor medida que los varones haber sufrido cambios negativos en su salud personal (16,7 % vs 13,2%).

**Cuadro 14**  
**Distribución porcentual de las actividades que se vieron limitadas por las tareas de cuidado no remunerado en salud, según sexo de las personas que proveen los cuidados**

	Varones	Mujeres	Total
Estudio/trabajo remunerado/ingresos	53,7	43,4	45,8
Redes y recreación	19,0	22,6	21,8
Salud personal	13,2	16,7	15,9
Convivencia	7,4	9,0	8,6
Ninguno	6,6	7,0	6,9
No sabe	0,0	1,2	0,9
Total respuestas	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Por su parte, los que cuidan personas dependientes crónicas señalan en mayor medida haber experimentado cambios negativos en su salud personal debido al trabajo de cuidados respecto a los que cuidan a enfermos temporales (18,8% vs 12,2%).

Sin embargo señalan en menor medida haber experimentado cambios en su trabajo remunerado, sus ingresos o sus estudios (48,7% vs 43,8%). Probablemente esto se deba a que se consultó sobre el último año, y es de esperar que estas personas que brindan cuidados ya hayan renunciado a la participación laboral o educativa debido a estos cuidados y por tanto no perciban un cambio en este aspecto en el último año.

**Cuadro 15**  
**Distribución porcentual de las actividades que se vieron limitadas por las tareas de cuidado no remunerado en salud, según tipo de enfermedad de las personas beneficiarias del cuidado**

	Enfermedad crónica, dependencia permanente	Enfermedad temporal, accidente	Total
Estudio/trabajo remunerado/ingresos	43,8	48,7	45,7
Redes y recreación	23,4	21,2	22,5
Salud personal	18,8	12,2	16,3
convivencia	8,1	10,6	9,1
Ninguno	5,2	5,8	5,4
No sabe	0,6	1,6	1,0
Total respuestas	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.



## IV. Cuidados remunerados en salud

---

### A. Caracterización de las personas que brindan cuidados en salud remunerados en Uruguay

Este apartado se propone establecer el perfil de las personas que trabajan de manera remunerada en cuidados en salud con el fin de compararlo con: i) la población ocupada en el país y ii) las personas que brindan cuidados no remunerados a partir de los datos de Encuesta de Cuidados de salud no remunerado desarrollada anteriormente.

Para esto se caracterizará a las personas que brindan cuidados personales en salud a domicilio partiendo de los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2013. El estudio sobre el sector remunerado de cuidados es escaso, siendo la referencia más importante el trabajo realizado por Aguirre (2013) el que describe al sector ofertante de servicios de cuidado, estatales y privados, y a las personas que en él trabajan, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, del año 2006. En ese año, existían en Uruguay cerca de 45 mil personas trabajando en servicios de cuidado<sup>14</sup> de personas dependientes. Dentro de esta cantidad de personas, 18% se dedican al cuidado de enfermos y 25% al de personas adultas mayores, mientras que la gran mayoría (58%) se desempeñaba en cuidado infantil. Cerca de la mitad de las personas al cuidado de enfermos trabajaban en empresas de servicios de acompañantes y en el caso de quienes trabajan con adultos mayores, un tercio lo hace en residenciales de ancianos. La amplia mayoría de quienes trabajan en el sector son mujeres (94%) (Aguirre, 2013).

Para este documento, se trabajó con datos del 2013 de la ECH identificándose a las personas que trabajan específicamente en cuidados de salud en domicilio, las que representan a 13.540 personas en Uruguay, de los cuales la mayoría, 12.295 tienen este trabajo como ocupación principal. Este sector es altamente feminizado siendo mujeres el 95,9% de quienes trabajan.

La feminización del sector está muy vinculada a la segregación horizontal que concentra a las mujeres en ocupaciones para las cuales se considera que tienen habilidades naturales. Una de esas

<sup>14</sup> En la medición se excluyó a las empleadas domésticas, por lo que se puede suponer la subrepresentación de la cifra, dado que muchas empleadas domésticas también se desempeñan como cuidadoras.

ocupaciones es la de las cuidadoras a personas dependientes. En el caso de los cuidados a personas adultas mayores encontramos una particularidad que surge del estudio del discurso experto (Batthyany, Genta y Perrotta, 2013) y es la resistencia de las personas mayores a ser cuidadas por varones, en este sentido a contratar varones para su cuidado. Esta preferencia hacia las mujeres tiene la dificultad de reproducir la división sexual del trabajo al mismo tiempo que le resta valor al trabajo, por considerar que se hace sin esfuerzo, a partir de habilidades que se consideran naturales. Ambos aspectos contribuyen a mantener las malas condiciones de trabajo en el sector como se verá más adelante.

En cuanto a la estructura de edades de los cuidadores remunerados en salud, vemos que se concentran (51%) en el tramo entre los 46 y 65 años, lo que coincide con el perfil de los cuidadores no remunerados en cuidados en salud ya que 44,5% se ubica en dicho tramo. En este sentido, uno de los datos que llama la atención es el envejecimiento dentro de los cuidadores en salud. Sean remunerados o no remunerados, la mayoría (61,7% y 63,9% respectivamente) son personas mayores de 46 años.

Esto coincide con las evidencias encontradas por Aguirre (2013) quien enfatiza que en el sector de los cuidados de enfermos o personas adultas, se identifica una población envejecida en comparación con el resto de los trabajadores y con quienes trabajan en el cuidado de niños y niñas. El envejecimiento es aún más acentuado en el caso de las personas que cuidan de forma no remunerada. En este grupo, un 17,2% tiene más de 66 años, mientras que entre las personas que brindan cuidados remunerados, las personas mayores de 66 años son un 12,9%.

**Cuadro 16**  
**Personas que proveen cuidados no remunerados y remunerados en salud, por edad y sexo**

	No remunerados en salud			Remunerados en salud		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Entre 18 y 29 años	10,8	9,6	9,9	25,3	9,0	9,6
Entre 30 y 45 años	30,1	26,8	27,6	8,8	26,6	25,8
Entre 46 y 65	37,3	46,7	44,5	44,5	51,2	51,0
Mayores de 66	21,7	15,8	17,2	15,2	12,8	12,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

Las mujeres no solo son la mayoría de las personas que trabajan en el sector, sino que además, se caracterizan por estar más envejecidas que los varones, ya sea que realizan trabajos remunerados como no remunerados.

Al analizar sus condiciones socioeconómicas, el porcentaje de personas cuidadoras de salud en domicilio que se encuentra por debajo de la línea de pobreza<sup>15</sup> es significativamente más alto que el que caracteriza a la población ocupada total. La incidencia de la pobreza para este sector es el doble que para la población ocupada total (14% vs 7,2%)

**Cuadro 17**  
**Personas que brindan cuidados de salud en domicilio y población ocupada total por pobreza (metodología 2006)**

	Personas que brindan cuidados personales en salud a domicilio	Población ocupada
No pobres	85,6	92,8
Pobres	14,4	7,2
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2013.

<sup>15</sup> Definida por el Instituto Nacional de Estadística, en base a la Metodología 2006. Se recomienda la lectura detenida del capítulo 2 de Aspectos Metodológicos sobre Medición de la Línea de Pobreza: El Caso Uruguay. Disponible on line: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/taller%20pobreza/pobreza%20capitulo2.pdf>.

Al igual que lo que ocurre para el sector cuidado en general, entre las personas que brindan cuidado de salud en domicilio hay una sobrerrepresentación de la población afrodescendiente en comparación con el resto de los trabajadores. El 8,4% de las personas que trabajan brindando cuidados de salud a domicilio declaran que su ascendencia étnico-racial es afrodescendiente o negra, mientras esto ocurre con el 4,2% de la población total ocupada.

Por su parte las mujeres que declaran tener ascendencia afro (9,1%) en el sector son porcentualmente más que los varones (4,7%) dando cuenta de las menores posibilidades de acceso a trabajos de calidad en las mujeres afro-descendientes tal como demuestran las evidencias en Uruguay<sup>16</sup>.

Respecto a los niveles educativos, las personas que proveen cuidados de salud en domicilio se caracterizan por tener niveles educativos bajos, de hecho, solo muy pocos llegan a niveles universitarios en comparación con la población ocupada. Al igual que lo que ocurre con la población total y la trabajadora en particular, las mujeres son levemente más educadas que los varones. Mientras que 52% de las mujeres ha logrado hasta secundaria completa, el 47,9% de los varones alcanzó dicho nivel educativo, de forma similar a lo que ocurre en la población ocupada total. En el caso de las personas que brindan cuidados no remunerados en salud, el nivel educativo alcanzado coincide con la población ocupada.

**Cuadro 18**  
**Distribución porcentual de la población ocupada total, personas que proveen cuidados personales a domicilio y personas que proveen cuidados no remunerados en salud, según nivel educativo y sexo**

	Población ocupada			Personas que proveen cuidados personales a domicilio			Personas que proveen cuidados no remunerados en salud		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Primaria	25,5	17,8	22,2	43,7	43,9	43,9	16,9	16,9	16,9
Secundaria	57,7	51,8	55,1	51,1	52,9	52,8	63,9	48,2	51,8
Universitario	16,4	30,2	22,5	5,2	2,1	2,2	19,3	34,9	31,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

## B. Características del sector de los cuidados remunerados en salud

La mayor parte de las personas cuidadoras domiciliarias están insertas en el sector privado es decir, trabajan en servicios ofrecidos por el mercado y no por el Estado. Aguirre (2013) muestra que para 2006, 99,3% de las personas que cuidan enfermos y 97,7% de las que cuidan de adultos mayores son empleadas de empresas privadas. En 2013, para el caso de las personas trabajadoras de cuidados personales a domicilio, se observa que 99,2% está empleada por empresas privadas que son contratadas y costeadas por las familias para el cuidado de sus familiares enfermos.

Gran parte de las personas que trabajan remuneradamente en cuidados personales a domicilio (41,1%) trabaja más de 40 horas semanales. Un porcentaje menor (17,4%) trabaja entre 30 y 40 horas semanales. Sin embargo, cuando lo comparamos con las personas que proveen cuidados en salud no remunerados, se observa que éstos trabajan mayor número de horas, ya que el 60,5% trabaja más de 40 horas semanales.

Esta diferencia en la dedicación horaria tiene que ver con la intensidad del cuidado en salud en el marco de los hogares ya que ante una situación de enfermedad, las familiares y las mujeres cuidadoras de estos hogares, son las que mayormente asumen esa necesidad, la que demanda una gran cantidad

<sup>16</sup> Para ampliación de datos y análisis sobre las desigualdades étnico-raciales y de género en Uruguay, ver Cuadernos del Sistema de Información de género Nro. 1. Año 2010. La población afro-descendiente en Uruguay desde una perspectiva de género.

de tiempo y disposición, que sería costosa de pagar en el mercado. El hecho de que las personas en los hogares trabajen más de 40 horas —un 20% más que quienes lo hacen de forma remunerada— contribuye a comprender la falta de servicios accesibles y disponibles por fuera de los ofrecidos por el hogar.

**Cuadro 19**  
**Horas semanales trabajadas según sexo de las personas que proveen cuidados remunerados y no remunerados**

	Varones		Mujeres		Total	
	No remunerados	Remunerados	No remunerados	Remunerados	No remunerados	Remunerados
Hasta 10 horas	24,1	11,4	12,8	7,4	15,6	7,6
Entre 10 y 20 horas	3,6	17,6	12,9	16,7	10,5	16,7
Entre 20 y 30 horas	8,6	16	7,8	17,3	8,0	17,2
Entre 30 y 40 horas	8,1	5,2	4,4	17,9	5,3	17,4
Más de 40 horas	55,6	49,9	62,1	40,7	60,5	41,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud. Uruguay, 2013.

La informalidad en el empleo es otro de los aspectos destacados que muestra la vulnerabilidad y precariedad de las personas que trabajan en el sector. La mayoría no está cubierto por la seguridad social, 69,9%. Estas cifras de informalidad son significativamente más altas que lo que ocurre con la población en general dentro de la cual sólo un cuarto de la población ocupada no realiza aportes (25,6%).

Otro de los aspectos que contribuye a visibilizar la fragilidad del sector es la ausencia de sindicatos o gremios o la baja participación sindical ya que apenas el 3,8% es miembro de un gremio o sindicato (Aguirre, 2013).

**Cuadro 20**  
**Aporte a la caja de jubilaciones de las personas que brindan cuidados remunerados en salud y la población ocupada total**

	Cuidados de salud en domicilio	Población Ocupada
Aporta	30,4	74,4
No aporta	69,6	25,6
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2013.

Junto a la alta informalidad, el sector de los cuidados remunerados se caracteriza por poseer un promedio de salarios muy bajo, \$ 7.669 en promedio, en comparación con el valor del salario mínimo nacional, \$ 8.900 aproximadamente<sup>17</sup>.

En definitiva, este sector se caracteriza por la escasa formación del personal que cuida, la falta de voluntad o estímulo de las personas a trabajar en el sector, las escasas posibilidades con que cuentan las personas empleadas de acceder a otros empleos de mejores remuneraciones y mayor valor social.

En acuerdo con Aguirre (2013) es necesaria una transformación en el sector atribuyendo mayor valor social a la tarea que vaya de la mano con incrementos en la retribución económica para que el mismo se consolide como uno de calidad, contando con recursos humanos formados. De igual forma y ante un aumento en los costos económicos, es necesario apoyar a las familias en la cobertura de esta necesidad.

<sup>17</sup> <http://www.impo.com.uy/bancodatos/salmin.htm>.

En cuanto a la territorialización de la oferta de servicio de cuidados de salud en domicilio, se trata de un servicio ofrecido mayoritariamente en la capital del país y considerando los grados de urbanización, también lo caracterizaríamos como típicamente urbano ya que se ofrece mayoritariamente en Montevideo y Canelones. El porcentaje de oferta de este servicio es nulo en departamentos como Durazno, Río Negro y Flores<sup>18</sup>.

**Cuadro 21**  
**Distribución departamental de las personas que trabajan**  
**en cuidados personales domiciliarios**

Montevideo	36,4
Canelones	14,6
Tacuarembó	4,9
Salto	4,6
Rivera	4,4
Cerro Largo	4,0
Maldonado	3,6
San José	3,5
Colonia	3,4
Treinta y Tres	3,1
Soriano	2,9
Paysandú	2,7
Florida	2,5
Rocha	2,2
Artigas	2,1
Lavalleja	2,1
Durazno	1,9
Río Negro	1,1
Flores	0
Total	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2013.

El acceso universal y democrático a los servicios de cuidados en salud en domicilio está limitado por dos grandes dimensiones, i) el nivel socioeconómico de los hogares, ya que al ser ofertados mayoritariamente por el mercado, acceden solo quienes cuentan con los medios económicos para hacerlo y ii) el lugar de residencia ya que quienes no pertenecen al medio urbano capitalino carecen de acceso a los servicios disponibles.

<sup>18</sup> Nota: han de tomarse con cautela los datos departamentales ya que el nivel de desagregación en base a los casos encuestados por la ECH 2013 limita la validez externa de los mismos.



## **V. Reflexiones y pistas para la discusión actual sobre los cuidados en Uruguay**

---

Este documento presentó los principales resultados del proyecto de investigación “Cuidados no remunerados: el aporte de las mujeres y las familias al sistema de salud en Uruguay” el que tenía como objetivo cuantificar la participación y las horas que varones y mujeres brindan de cuidados no remunerados en salud. De forma complementaria se realizó una descripción de las personas que cuidan remuneradamente de salud en domicilio, quienes por realizar tareas similares, pueden compararse con el perfil de quienes lo hacen de forma no remunerada. Esto último sumo evidencias sobre las dificultades que tienen las familias para contratar este tipo de servicios y suplir su rol en el cuidado.

Cabe destacar algunos resultados y conclusiones del estudio presentado. Primero, la investigación demuestra que las familias dedican un mayor número de horas al cuidado no remunerado de salud cuando lo comparamos con los cuidados cotidianos. El cuidado de salud requiere un cuidado más intensivo durante el tiempo que se desarrolla una enfermedad tanto sea crónica como temporal.

Segundo, el cuidado en salud es mayormente realizado por integrantes del hogar, y de forma no remunerada. Solo 18% de los hogares encuestados han utilizado algún tipo de cuidado externo (remunerado y no remunerado) para cubrir los momentos de enfermedad.

La caracterización del sector de los cuidados remunerados y la oferta permite inferir que la población uruguaya tiene dificultades en el acceso a los servicios de cuidados en salud en función de los niveles socioeconómicos de los hogares y los lugares de residencia ya que estos servicios no están distribuidos homogéneamente en el territorio. La cantidad de tiempo que sería necesario contratar a una persona durante un proceso de enfermedad significaría un costo muy alto para las familias de niveles socioeconómicos medios y bajos. Las dificultades en el acceso conducen, dada la división sexual del trabajo imperante, a una mayor dedicación de las mujeres de las familias a estos cuidados de forma no remunerada.

Tercero, las mujeres son las principales cuidadoras en salud (76,6%), lo que da cuenta de la división sexual del trabajo existente en estas tareas. Por su parte, son las mujeres de mayor edad las que se dedican principalmente a estas tareas y esto es un rasgo distintivo de estos cuidados específicos que los diferencia

de los cuidados no remunerados cotidianos. Esto probablemente se deba a la simultaneidad de personas dependientes que cuidan (niños y niñas y personas adultas mayores) y a las mayores posibilidades que tiene esta población de cubrir el cuidado ante situaciones extraordinarias, que desbordan la estrategia de cuidado cotidiana (enfermedades temporales, accidentes).

También puede observarse que en relación al tipo de cuidado que brindan las mujeres, éste parece ser más exigente que el que brindan los varones, dado que en primer lugar, éstas realizan cuidados en mayor medida que los varones para otros hogares, con los costos que trae el hecho de trasladarse en términos de tiempo, cansancio, etc. En segundo lugar, es más exigente desde el punto de vista de las personas beneficiarias, ya que a diferencia de los varones, las mujeres cuidan en mayor medida a personas mayores respecto a niños y niñas. La mayor carga de cuidado de salud a personas mayores tiene altos niveles de exigencia desde el punto de vista de quien cuida<sup>19</sup> (Batthyany, Genta, Perrotta, 2013).

Por tanto, la división sexual del trabajo en este caso no sólo se observa en la mayor participación de las mujeres y en la mayor cantidad de horas dedicadas (12 horas de diferencia), sino en el tipo de cuidado brindado. Podríamos afirmar entonces que hay una división sexual cuantitativa y cualitativa del trabajo de cuidado de salud brindado en los hogares. Este hallazgo es análogo al encontrado en las investigaciones sobre uso del tiempo en trabajo no remunerado (Batthyány 2009).

Esta división sexual del trabajo tiene consecuencias en el ejercicio de derechos de las mujeres, entre ellos el acceso al trabajo remunerado. Así tan sólo el 27% de las mujeres cuidadoras del nivel socioeconómico bajo acceden trabajo remunerado lo que evidencia las dificultades que presenta la carga de cuidados de salud no remunerado para la autonomía económica de las mujeres. Son las mujeres de mayores niveles socioeconómicos las que tienen mayor disponibilidad económica para costear servicios de cuidado externo durante el tiempo que dure la enfermedad de sus familiares.

En el caso de las personas que proveen cuidados remunerados de salud, se observa que nuevamente encontramos que las mujeres son la mayoría de los trabajadores del sector. Se trata de una población altamente feminizada y envejecida, aunque el nivel de envejecimiento es menor que el de las cuidadoras no remuneradas en salud, probablemente como producto de las reglas del mercado laboral.

Constituye un sector vulnerable en varios aspectos: la incidencia de la pobreza entre quienes trabajan en el sector es el doble de lo que ocurre para la población ocupada, la mayoría de los trabajadores no aporta a la Seguridad Social, su nivel educativo es bajo, la estabilidad en dichos puestos de trabajo está comprometida, los ingresos salariales son más bajos que el salario mínimo nacional, entre otras. Estas condiciones de trabajo dan cuenta de la carencia de valor social de la tarea de cuidados protagonizado por las mujeres.

Por tanto, los cuidados cotidianos de salud, sean provistos por el mercado o por las familias, son realizados mayormente por mujeres, a partir de la división sexual del trabajo tradicional y en claras condiciones de vulnerabilidad asociadas a la invisibilización, la sobre-carga de trabajo, la informalidad, y la escasa valoración social de la tarea.

En el marco de la construcción del sistema de cuidados, la alta provisión de cuidados no remunerados en salud que proveen los hogares y las mujeres al sistema de salud, habilitan a reflexionar sobre el grado de institucionalización de la salud a la que se aspira, a sabiendas de que la poca o nula institucionalización, con sus discutidas consecuencias, tiene costos para el ejercicio de derechos de quienes se hacen cargo de dichas tareas, las mujeres. Cabe preguntarse cuál es el rol deseado del sistema institucional de salud en la provisión de cuidados frente a enfermedades temporales, accidentes y enfermedades crónicas.

<sup>19</sup> Un estudio realizado anteriormente (Batthyany, Genta, Perrotta, 2013) indagó en el discurso experto sobre el cuidado de calidad para personas adultas mayores y para niños. En el caso de las personas adultas mayores el discurso experto señala las dificultades adicionales que tiene su cuidado, el que exige altos niveles de tolerancia y empatía, al mismo tiempo que la capacidad para mantener la distancia afectiva adecuada que le permita soportar el stress que conlleva el cuidado a personas adultas mayores.

Finalmente, a partir de estos hallazgos, cabe plantearse algunas interrogantes a futuro, ¿Cómo es posible incluir los cuidados específicos en salud en el sistema de prestaciones de cuidados? ¿Cuál es el tipo de complementariedad posible entre el Sistema de Cuidados y el Sistema de Salud? ¿Qué medidas son necesarias para valorizar la tarea de cuidados, sea esta desarrollada dentro del hogar o en el mercado? ¿Cómo generar acciones que valoricen la tarea de cuidados en el mercado sin sumar excesivos costos a las familias quienes contratan actualmente estos servicios? ¿Cómo se resuelve la cobertura de las necesidades de cuidado de una forma que no sobre recarguen a las mujeres?



## Bibliografía

---

- Aguirre, R (2013) “Personas Ocupadas en el Sector Cuidados” Serie Sistema Nacional de Cuidados”. Montevideo. UDELAR.
- Aguirre, Rosario y Ferrari, Fernanda (2014) La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria. CEPAL, Cooperación Alemana. Serie Políticas Sociales N° 193. Santiago: CEPAL
- Aguirre, Rosario (2009) “Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado”. En: Aguirre, Rosario (Ed.) Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. UNIFEM-Doble clic editorial, Montevideo
- Batthyany, Karina (2004). “Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social”, CINTERFOR/OIT (2009). “Cuidado de personas dependientes y género”. En: Aguirre, Rosario (Ed.) Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. UNIFEM-Doble clic editorial, Montevideo
- Batthyany, Karina, Genta, Natalia, Perrotta, Valentina (2013) Los cuidados de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. Serie Asuntos de Género. Nro. 123. División Asuntos de Género. CEPAL. Santiago de Chile
- Carrasco, Cristina (2008) El tiempo y el trabajo desde la experiencia femenina En: La economía invisible y las desigualdades de género La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. OPS. Washington
- García-Calvente, MM; Mateo, I. Gutierrez, P.(1999) “Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela andaluza de salud pública e Instituto Andaluz de la Mujer” García-Calvente, M. 2004:84
- Díaz, X., Mauro, A. y Medel J. (2006) “Cuidadoras de la vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres”. Santiago de Chile, Chile. Disponible on line en: <http://www.cem.cl/pdf/cuidadorasvida.pdf>
- Durán, María Ángeles. 2008. Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, En: La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado?. Washington, D.C.: OPS.
- Heath Canadá (2002): [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2004-mental-care-soins/index-eng.php#a3\\_1](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2004-mental-care-soins/index-eng.php#a3_1)
- La Parra Daniel (2001) “Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales” Alicante. Gac. Saint
- Letablier, Marie-Thérèse (2001) “Le travail centré sur autrui e sa conceptualization en Europe”. En : Travail, Genre et Sociétés. No. 6.
- Montaño, S. (2010). El cuidado en Acción, Cuadernos de la CEPAL No. 94. CEPAL-UNIFEM, Santiago de Chile.
- Sistema de Información de Género (2013) Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay. Inmujeres-Mides, UNFPA, Ine, FCS-UDELAR.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Asuntos de Género

## Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

[www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)

127. El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay (LC/L.4057), 2015.
126. Corresponsabilidad de los cuidados y autonomía económica de las mujeres: lecciones aprendidas del Permiso Postnatal Parental en Chile (LC/L.3989), 2015.
125. Instituciones laborales y políticas de empleo: avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres (LC/L.3977), 2015.
124. Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales (LC/L.3958), 2015.
123. El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género: análisis comparativo sobre el cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay (LC/L.3687), 2013.
122. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro (LC/L.3678), 2013.
121. Las relaciones de género entre la población rural de Ecuador, Guatemala y México (LC/L.3561), 2012.
120. Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas (LC/L.3560), 2012.
119. La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas (LC/L.3557), 2012.
118. Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010) (LC/L.3531), 2012.
117. La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: principales resultados (LC/L.3530), 2012.
116. Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica (LC/L.3519), 2012.
115. Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Ecuador (LC/L.3518), 2012.
114. Inventario de la información estadística, indicadores y explotación de fuentes sobre etnia, raza y género en los países de América Latina y el Caribe (LC/L.3441), 2012.
113. Enquêtes auprès des ménages en Haïti et perspective de genre (1999-2005) (LC/L.3442), 2012.
112. Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria (LC/L.3417), 2012.
111. Medición de los ingresos monetarios individuales: una mirada desde la perspectiva de género (LC/L.3440), 2012.

# ASUNTOS DE GÉNERO

# ASUNTOS DE GÉNERO

## ASUNTOS DE GÉNERO



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE  
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN  
[www.cepal.org](http://www.cepal.org)