

Planificación _OPP

Dirección de Planificación

Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su
impacto en el desarrollo

Tendencias en los cuidados

Consultoras: Karina Batthyany-Natalia Genta
Gráficos y tablas: Victoria Prieto

Año 2016



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO

TENDENCIAS EN LOS CUIDADOS^{† ‡}

Resumen Ejecutivo

Este informe tiene como objetivo analizar las tendencias en la demanda de cuidados y la oferta de cuidados de la población uruguaya así como posibles factores de cambios en dichas tendencias. La configuración de la demanda de cuidados en Uruguay se está modificando ya que está perdiendo peso la demanda de cuidado infantil al mismo tiempo que ha aumentado la demanda proveniente de las poblaciones mayores, fenómeno que es un claro fruto del envejecimiento de la población. Si bien el peso poblacional de niños/as viene disminuyendo fruto de las reducciones en la fecundidad, la demanda de cuidado infantil continúa insatisfecha. La provisión del cuidado es fundamentalmente familiar y femenina. La brecha de género en la dedicación al cuidado es una tendencia consolidada en el país. Desde la incorporación sostenida de las mujeres en el mercado laboral existe un desajuste entre las horas disponibles de los familiares y de las mujeres que brindan cuidados y las demandas crecientes de cuidados, sobre todo de personas mayores. Por su parte ha venido en aumento la asistencia de niños pequeños a centros educativos o de cuidado aunque esta oferta es segmentada, sobre todo en los más pequeños la que depende del nivel socioeconómico. Existe una resistencia cultural bastante generalizada a compartir los cuidados de los niños pequeños en instituciones, sobre todo los menores de 2 años y a la institucionalización de las personas mayores en centros de larga estadía. El principal factor de cambio es la creación del Sistema Nacional de Cuidados con la posibilidad que implica para compartir la provisión de cuidados entre Estado, mercado, familias y comunidad así como entre varones y mujeres de forma de efectivizar la corresponsabilidad en los cuidados. La sociedad civil organizada demandando por la puesta en práctica del sistema y por la búsqueda del derecho al cuidado es fundamental para los cambios en las tendencias mencionadas.

† Los textos incluidos en este documento no reflejan necesariamente las opiniones de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente.

‡ Esta versión no incluye el apartado de listado y análisis de actores, por considerarse un insumo interno.

1. Introducción

Este informe tiene como objetivo analizar las tendencias en la demanda de cuidados y la oferta de cuidados de la población uruguaya así como posibles factores de cambios en dichas tendencias.

2. Conceptos y definiciones generales de la temática

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 (Thomas, 2011).

Partiendo y reconociendo una noción amplia de cuidado¹ (Fisher y Tronto, 1990 en Montaña, 2010) este informe define el cuidado como la acción de ayudar a un niño o a una persona en situación de dependencia en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana

En esta definición, que es la utilizada en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay (en adelante SNC), es central que las personas que reciban cuidados se encuentren en situación de dependencia. Con estos fines, las personas en situación de dependencia son aquellas que no pueden realizar las actividades de la vida diaria por sí mismas y esto es debido a: la edad en el caso de los/as niños/as y las personas mayores y: producto de una discapacidad temporal o crónica en el caso de las personas adultas.

En el ámbito de la literatura feminista, sin entrar al ámbito de las políticas públicas ni particularmente al SNC, se reconocen las limitaciones que presenta acotar las situaciones donde se ejerce cuidado a aquellas donde existe algún grado de dependencia. Entre otras críticas, el cuidado así definido presenta la problemática de tener una concepción dualista y estática, en donde los que proveen cuidados son asumidos como totalmente autónomos e independientes

¹ 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 entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida. (Fisher y Tronto, 1990 en Montaña, 2010: 27)

y aquellos dependientes son lo opuesto. Por el contrario, el dar y recibir cuidados son actividades que en la realidad ocurren de forma simultánea e incluso las personas consideradas autónomas reciben algún tipo de cuidado, por tanto, se propone hablar de interdependencia (Esquivel, 2012)

A pesar de esta limitación en la definición por la que se opta, se reconoce que los cuidados son una necesidad de todas las personas durante toda la vida, aunque con diversas intensidades a lo largo del ciclo vital. La elección de acotar los cuidados a aquellos otorgados a quienes están en situación de dependencia responde a la necesidad de especificar el alcance de los cuidados en las investigaciones empíricas, así como al análisis de las políticas públicas (Aguirre et al 2014)

Desde esta perspectiva, el cuidado entonces implica hacerse cargo de las tareas 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 remunerado o no remunerado y pueden ser provistos por familiares, personas contratadas que brindan cuidados en el hogar o en instituciones. La naturaleza de esta tarea variará según se realicen o no dentro de la familia y también de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada (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. 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. Se trata de una tarea históricamente realizada mayoritariamente por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales.

En la actualidad se asiste a la llamada crisis de los cuidados. La división sexual del trabajo manifestada a través de las prácticas convive con lo que se

denomina crisis de los cuidados configurada por un desajuste entre los potenciales cuidadores y las necesidades de cuidados requeridas por la población. Esta crisis determina que las familias y las mujeres no estén tan disponibles como en el pasado para satisfacer los cuidados crecientes, debido: al aumento en su dedicación al mercado de trabajo y a las transformaciones familiares por las cuales es menos frecuente el arreglo familiar tradicional de varón proveedor y mujer ama de casa a tiempo completo. Por su parte del lado de la demanda de cuidado asistimos a un creciente proceso de envejecimiento, y por tanto a una mayor proporción de personas mayores con necesidades de cuidado.

Las prácticas de cuidado están influidas claramente por el contexto de políticas de cuidado que se implementen. De esta forma las modalidades de cuidado implementadas por las familias estarán condicionadas por la oferta de políticas públicas de cuidado a las que potencialmente puedan acceder. Pero la forma en que la población da satisfacción a las necesidades de cuidado no solo depende de la oferta existente, sino también de las normas o valoraciones sociales sobre la modalidad en que se considera adecuado brindar ese cuidado.

En los últimos años se ha desarrollado el concepto de organización social del cuidado para definir la configuración compuesta por la oferta y regulación de servicios de cuidado y los modos en que los hogares resuelven el cuidado de sus miembros. Cada política pública tiene un supuesto de organización social del cuidado que de manera implícita más que explícita, define a los/as actores, les asigna responsabilidades de cuidados y de esa forma también define los derechos de ciudadanía de cada actor. Existen políticas e instituciones que de forma indirecta inciden en la configuración del cuidado. Los modos en que se organiza el sistema sanitario, educativo y de previsión social, las políticas de empleo forman parte de la organización social del cuidado (Faur, 2009)

En la primera parte de este informe se analizarán las demandas de cuidados, entendidas como las necesidades de cuidados de las poblaciones consideradas “receptoras” de cuidados, con las salvedades mencionadas anteriormente. En una segunda parte se analiza la cobertura de cuidados.

Distintos agentes son prestadores de cuidados: el Estado, el mercado, las familias y la comunidad. Se analizarán, en la medida en que la información disponible lo permita, las tendencias en la cobertura de los cuidados en el país. En una tercera parte se analizarán algunos datos disponibles sobre los aspectos valorativos de los cuidados, entendidos como orientaciones, mandatos, estereotipos ligados a las prácticas de cuidado. Nos referiremos a las valoraciones sobre lo legítimo en términos de quién debería cuidar (varones, mujeres, instituciones, personas contratadas), en qué ámbitos (hogar, institucional) y a través de qué tipo de relaciones (remunerados, no remuneradas, familiares, contractuales). Dichas cuestiones pueden actuar resistiendo a la implementación de ciertas políticas que en principio podrían ser transformadores de la división sexual del trabajo.

3. Análisis retrospectivo y situación actual

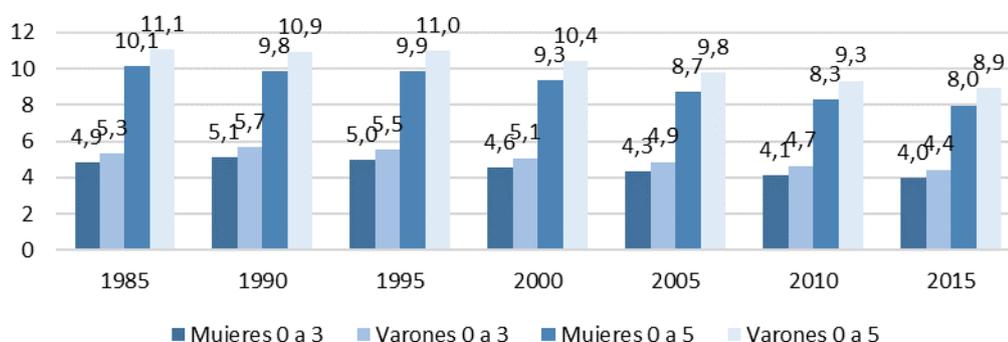
3.1 La demanda de cuidado

La configuración de la demanda de cuidados en Uruguay se está modificando ya que está perdiendo peso la demanda de cuidado infantil al mismo tiempo que ha aumentado la demanda proveniente de las poblaciones mayores, fenómeno que es un claro fruto del envejecimiento de la población. Si bien el peso poblacional de niños/as viene disminuyendo fruto de las reducciones en la fecundidad, la demanda de cuidado infantil continúa insatisfecha. Los cambios familiares de las últimas décadas, con la reducción de los hogares tradicionales (mujer ama de casa y varón proveedor) y la emergencia de nuevos roles que asumen las mujeres en el ámbito público, producen que las mujeres, tradicionales cuidadoras de sus familiares, están cada vez menos disponibles para el cuidado de hijos/as y nietos/as. Por tanto, cabe aclarar que la disminución del peso poblacional de los/as niños/as en el contexto de cambios en la disponibilidad de los familiares, particularmente de las mujeres al cuidado, mantiene la insatisfacción en la cobertura de las necesidades de cuidado infantil.

3.1.1 Población infantil

La población infantil, particularmente los/as niños/as menores de doce años conforman una de las poblaciones del SNC y son efectivamente una de las poblaciones demandantes de cuidados. En el Primer Plan de Cuidados presentado por el SNC, se decide trabajar con la población de 0 a 3 años. Este grupo poblacional es hasta la actualidad el que menor cobertura pública y gratuita de cuidados tienen, como veremos en el desarrollo del documento. En el periodo 1985 a 2015 la proporción de niños/as menores de 5 años en la población uruguaya viene en descenso lo que está claramente vinculado con la disminución de la tasa fecundidad en el país (ver Informe Sociodemográfico). Mientras en 1985 el 11.1% de los varones y el 10.1% de las mujeres eran menores de 5 años, en la actualidad representa el 8.9% de los varones y el 8.0% de las mujeres.

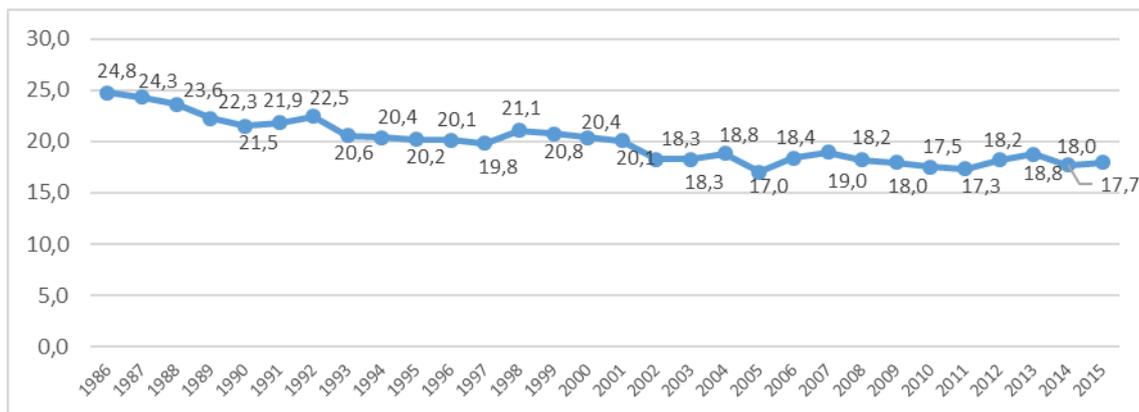
Gráfico 1. Proporción de personas de 0 a 5 años según sexo y tramos de edad. Uruguay, 1985-2015



Fuente: elaborado con base en Estimaciones de Población de Naciones unidas (UN, 2015).

También los hogares con al menos un hijo menor de 5 años han descendido en el período 1986-2015 como muestra la siguiente gráfica. Se reducen del 24,8% en 1986 al 17,7% en el 2015.

Gráfico 2. Porcentaje de hogares con al menos un niño de 0 a 5 años sobre el total de los hogares del país. Localidades de más de 5.000 habitantes, 1986-2015.

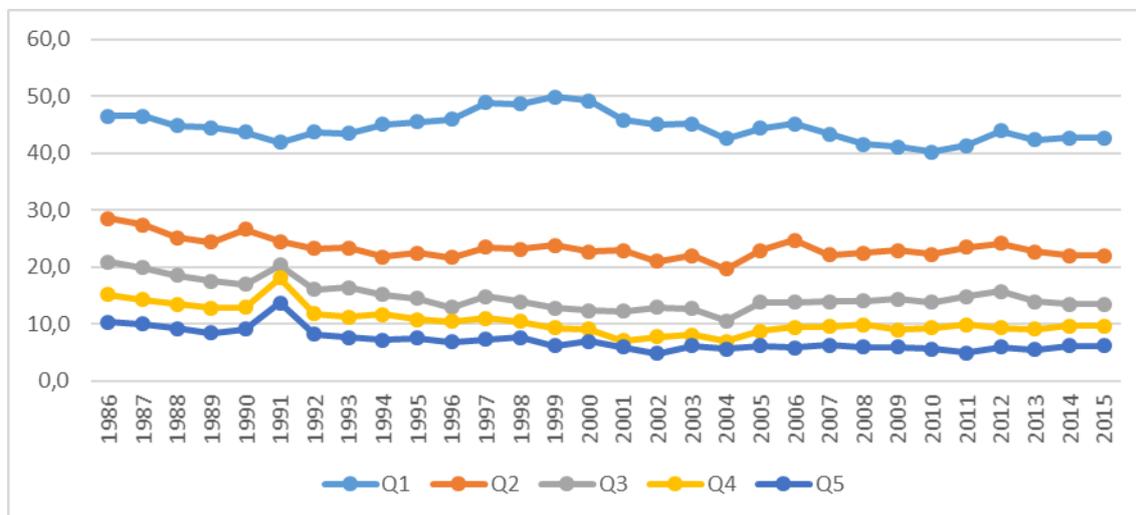


Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS-UdelaR, en base a ECH 1985-2015-INE

Como se observa en el siguiente gráfico, existe una relación entre presencia de menores de 5 años en el hogar y el quintil de ingresos. En el 42,7% de los hogares en el quintil 1 de ingresos residen niños menores de 5 años, pero esta proporción baja a 6,1% de los hogares del quintil 5, residen niños pequeños. Esta tendencia, determinada por mayor presencia de niños, menor quintal de ingresos, se mantiene sin cambios significativos en el periodo 1986-2015.

Gráfico 3. Porcentaje de hogares con niños de entre 0 y 5 años por quintiles de ingresos.

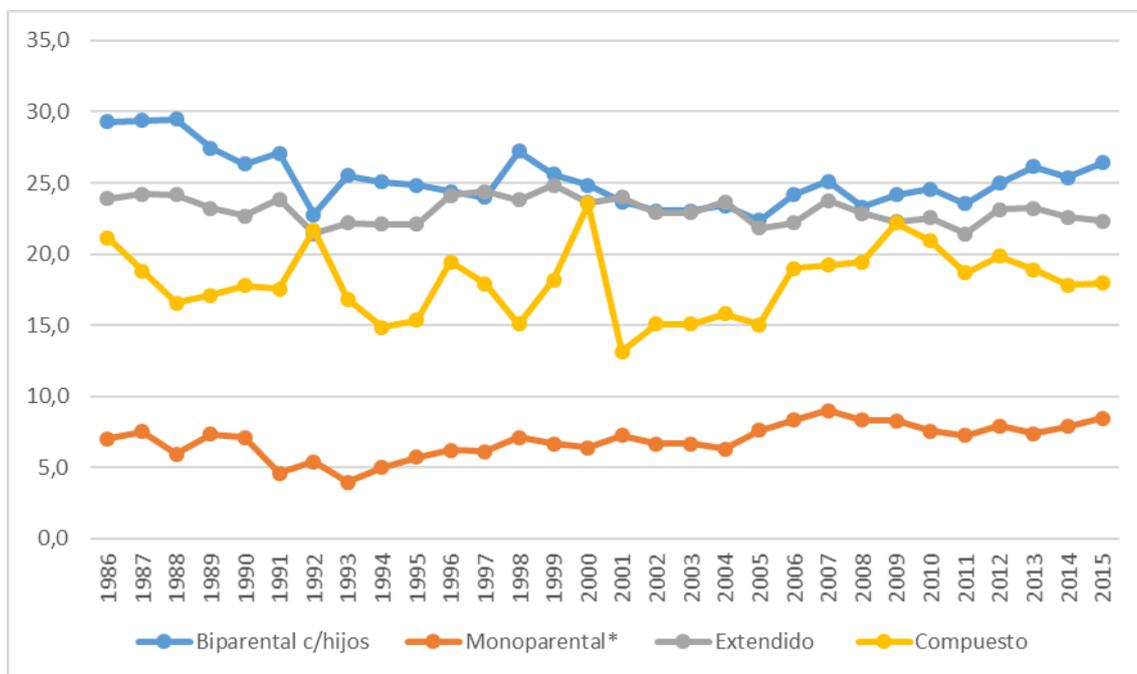
Localidades de más de 5.000 habitantes, 1986-2015



Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS-UdelaR, en base a ECH 1985-2015-INE

Adicionalmente los niños/os menores de tres años residen sobre todo en hogares de parejas con hijos, y en segundo lugar en extendidos. Sin embargo, se ha reducido en el periodo 1986-2015 el porcentaje de hogares de parejas donde residen niños pequeños y por el contrario ha venido en aumento el porcentaje de hogares monoparentales que albergan niños menores de tres años. Este cambio tiene consecuencias para la cobertura de cuidados, porque en los hogares de parejas con hijos y extendidos es más probable que otros familiares, distintos a las madres, puedan apoyar la tarea de cuidados. Sin embargo, en los hogares monoparentales, conformados en su mayor parte por mujeres con hijos, las mujeres se enfrentan a la doble carga del trabajo remunerado y el cuidado infantil.

Gráfico 4. Porcentaje de hogares con al menos un niño de 3 años o menos por tipo de hogar. Localidades de más de 5.000 habitantes, 1986-2015.



Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS-UdelaR, en base a ECH 1985-2015-INE

Continuando con la caracterización de la población infantil, en la mayor parte de los casos, 71.8% convive con ambos padres, pero esto se reduce a 58.1% en la edad escolar, donde adquiere importancia la proporción de quienes viven con uno solo de sus padres 38.7%, producto seguramente de los divorcios.

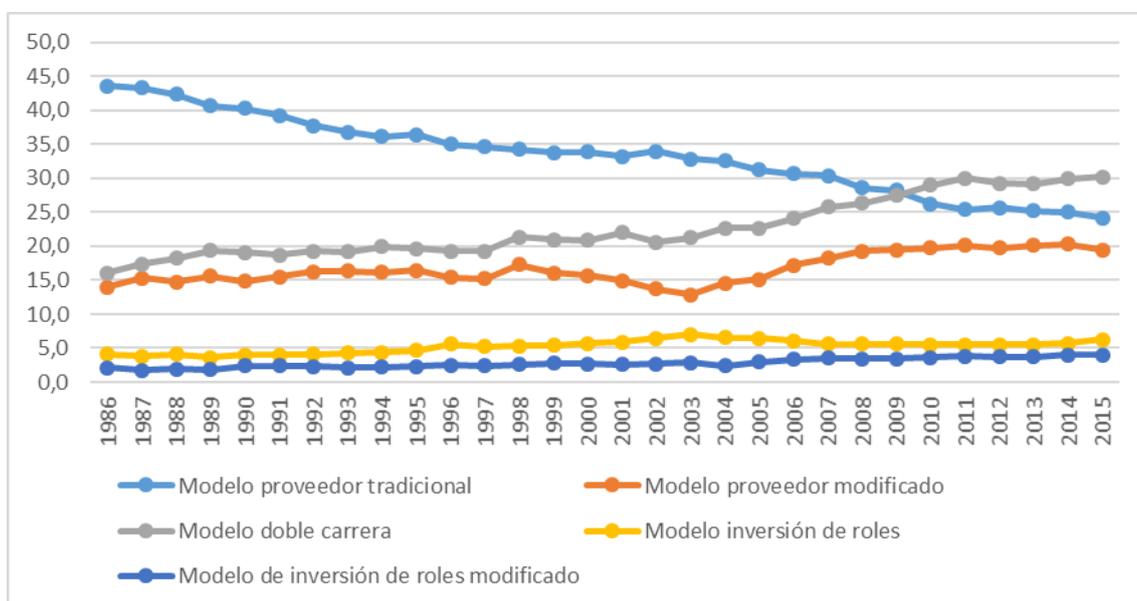
Tabla 1. Distribución porcentual de los niños según edad y coresidencia parental y grupos de edad. Uruguay 2011

	0-5 años	6-12 años
Vive con ambos padres	71.8	58.1
Vive con uno de los padres	26.7	38.7
No vive con ninguno de los dos	1.5	3.2
Total	100	100

Fuente: Tomado de Cabella et al 2015. Elaboración original en base a censos de población.

Por su parte, como se mencionaba al comienzo, en el período estudiado disminuye el porcentaje de hogares tradicionales (mujer ama de casa, varón proveedor) mientras aumentan los hogares de doble carrera, es decir, donde ambos miembros de la pareja trabajan de forma remunerada. Esto tiene consecuencias también en cómo se resuelve el cuidado porque quienes habían resuelto tradicionalmente los cuidados, asumen roles en el ámbito laboral que les limitan el tiempo disponible para brindar cuidados.

Gráfico 5. Distribución de los hogares nucleares por tipo de pareja. Localidades de más de 5.000 habitantes, 1986-2015.



Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS-UdelaR, en base a ECH 1985-2015-INE

En definitiva, la tendencia es una reducción del peso poblacional de los niños/as menores de 5 años en el país, pero presentando ciertas particularidades que desafían a la política pública de cuidados en el país. Primero, la tendencia es que los niños pequeños continúan residiendo en hogares pobres. Segundo, si bien la mayor parte viven en hogares en el que residen ambos padres al que se suman o no otros familiares, ha crecido el porcentaje de hogares monoparentales en donde uno de los padres (seguramente el padre) ya no vive con ellos/as.

En paralelo a estos cambios y permanencias en la situación de los/as niños/as pequeños, el aumento sostenido de las mujeres en el mercado laboral

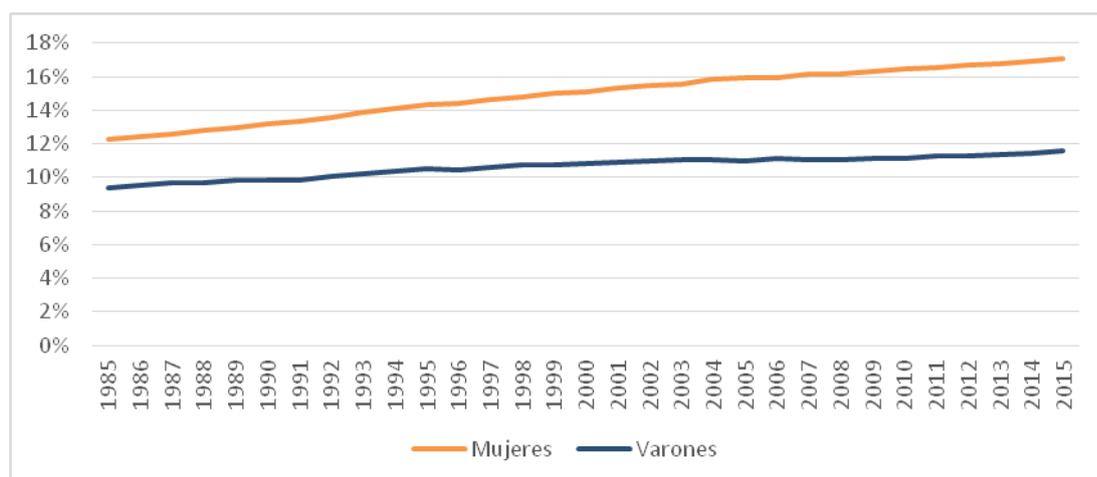
influye en la configuración de las parejas, en las cuales ganan peso aquellas en que varones y mujeres trabajan de forma remunerada aproximadamente la misma cantidad de horas. A esto se suma el aumento de los hogares monoparentales en donde residen niños pequeños, en los cuales las mujeres enfrentan la carga del trabajo remunerado junto con la de los cuidados infantiles. Por tanto, las mujeres están menos disponibles que en el pasado para cubrir las necesidades de cuidado infantil.

Con este panorama, se confirma que, a pesar de la reducción del peso poblacional de los más pequeños, la demanda de cuidados de niños continúa siendo importante desde el punto de vista de los desafíos que implica la necesidad de su cobertura para la sociedad uruguaya.

3.1.2 Personas mayores

Es un fenómeno constatado en la sociedad uruguaya, la presencia de cada vez mayor proporción de población mayor de 65 años, pasando de representar el 12.4% de las mujeres y el 9.5% de los varones en el año 1985, a ser el 17,1% y 11.6% respectivamente en el 2015.

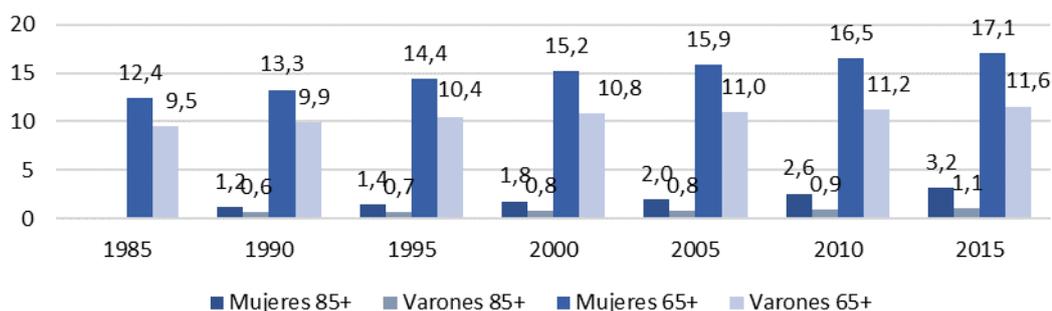
Gráfico 6. Proporción de población mayor de 65 años según sexo. Uruguay, 1985-2015



Fuente: elaboración propia a partir de Estimaciones de población de Naciones Unidas. World Population Prospect 2015.

Dentro de la población mayor, los mayores de 85 años duplican su proporción en el periodo 1990-2015. Claramente este aumento del peso poblacional de la población mayor y en especial de aquella mayor de 85 años implica desafíos a la política pública de cuidados en el país.

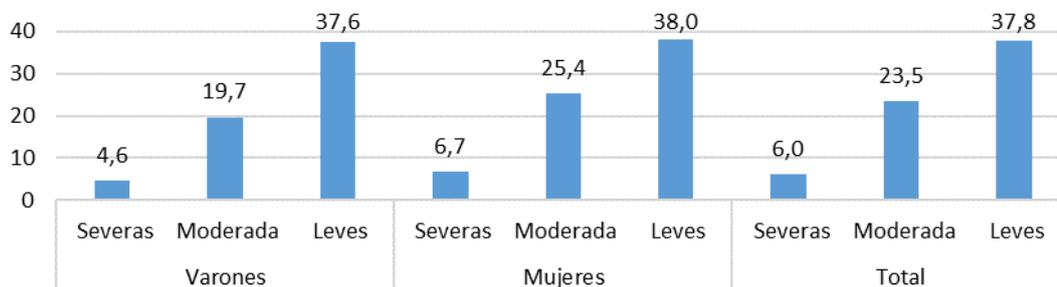
Gráfico 7. Proporción de personas mayores de 65 años según sexo y tramo de edad. Uruguay, 1985-2015



Fuente: elaborado con base en Estimaciones de Población de Naciones Unidas (UN, 2015).

La población mayor de 65 años es heterogénea en cuanto a las necesidades de cuidados que presentan, ya que no todas las personas mayores de 65 años se encuentran en situación de necesitar ayuda para la realización de actividades cotidianas. Una de los indicadores que permiten identificar el peso de la dependencia para la realización de las tareas cotidianas que tiene la población mayor de 65 años es el nivel de limitaciones para ver, oír, caminar o entender, medidas a través del censo de población. Las limitaciones que presentan según el censo 2011 muestran que el 67,3% de las personas mayores de 65 años tiene limitaciones para ver, oír, caminar o entender, siendo la mayor parte, el 37,8% limitaciones leves.

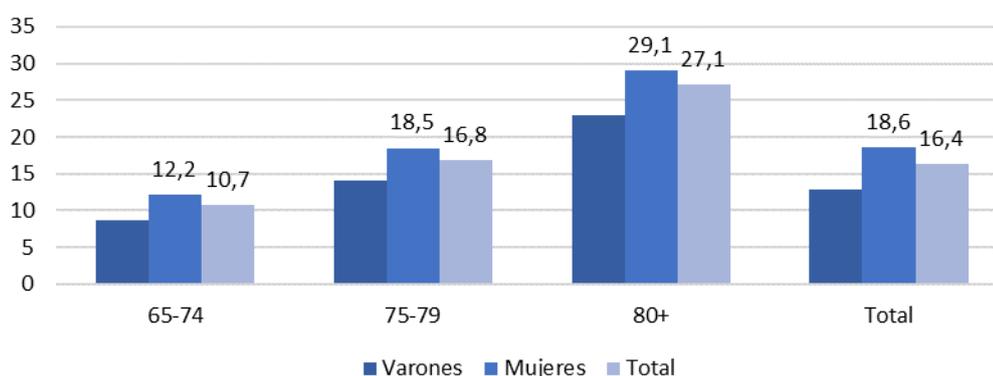
Gráfico 8. Proporción de población de 65 años y más que presentan limitaciones para ver, oír, caminar o entender según grado de limitación por sexo. Uruguay, 2011



Fuente: Sistema de información sobre Vejez y Envejecimiento, MIDES en base a Censos 2011, INE.

Analicemos ahora la prevalencia de dichas limitaciones en base al censo, según grupos de edad para la población mayor de 65 años. Uno de los resultados claves es que la proporción de personas con limitaciones y su severidad se incrementan con la edad siendo que la prevalencia de discapacidad en los mayores de 80 años es de 27.1% mientras que es de 10.7% entre las personas entre 65 y 70 años. Sin embargo, en todos los casos son las mujeres las que presentan mayor prevalencia (ver informe salud).

Gráfico 9. Proporción de población de 65 años y más que presenta limitaciones severas o moderadas para ver, oír, caminar o entender según edad y sexo. Uruguay, 2011



Fuente: MIDES 2014 en base a Censos de población 2011-INE.

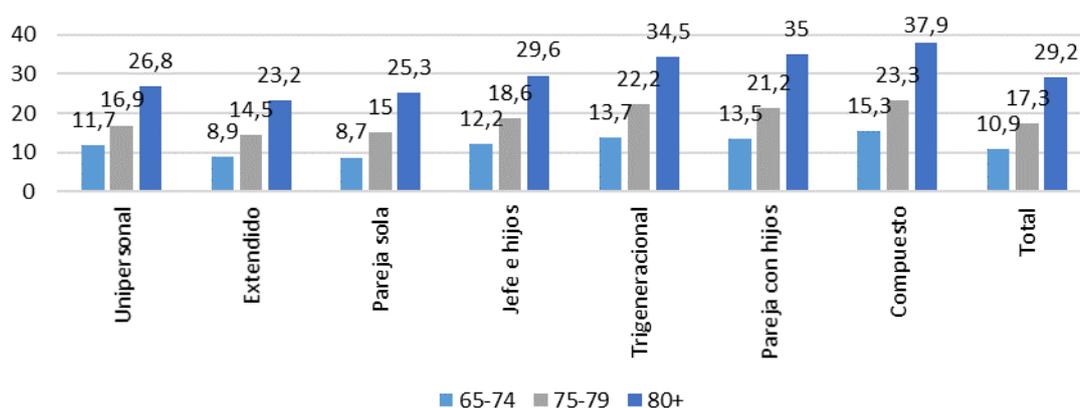
Los resultados del Panel de Protección Social (BPS) también corroboran esta relación entre la edad de las personas mayores con discapacidad y la necesidad de contar con ayudas y apoyos. Entre las personas que requieren

apoyos el 32% de los varones y el 54% de las mujeres son mayores de 64 años (BPS 2015, 188). También esta fuente indica que un 55% de la discapacidad en estas edades se asocia a enfermedades, mientras que para los menores de 65 años esta proporción es menos de la mitad (BPS 2015).

Por su parte, este panel también arroja el dato de que el 60% del cuidado a personas mayores está a cargo de familiares corresidentes o de otros hogares (BPS 2015). Ello supone que la familia es un actor clave en la cobertura de las necesidades para las personas mayores con dependencia.

Una de las posibles estrategias de cuidado en el marco de ausencia de políticas de cuidados para esta población, (como veremos a continuación) y de valoraciones sociales ligadas al familismo en el cuidado es la conformación de hogares en los cuales conviven varias generaciones. Así, las personas mayores en situación de dependencia, tanto sea moderada o severa, residen mayormente en hogares trigeneracionales, de pareja con hijos o compuestos. En el caso de las personas mayores tomadas globalmente sin considerar presencia o no de limitaciones, residen mayormente en hogares unipersonales (Cabella et al, 2015).

Gráfico 10. Incidencia de la discapacidad moderada y severa según tipo de hogar de residencia de la población mayor por grupos de edad. Uruguay, 2012



Fuente: tomado de MIDES 2014. Elaboración original a partir de censo de población 2011.

3.1.3 Personas con discapacidad

La tercera población objetivo son las personas con discapacidad en situación de dependencia. La identificación de las personas con estas características ha presentado dificultades ya que si bien a partir de 2006 se han

llevado a cabo distintas encuestas que permiten identificar a la población con limitaciones², cada una de ellas ha adoptado una conceptualización y operacionalización de la discapacidad diferente, con lo que no existe una única medida que indique la prevalencia de la discapacidad en la población uruguaya

Más allá de la falta de acuerdo sobre el nivel general, todas las fuentes consultadas indican que la distribución por sexo de la discapacidad es siempre mayor entre los varones para los menores de 65 años y superior para las mujeres a partir de esa edad. Ello puede interpretarse en el marco de la conocida paradoja de la mayor esperanza de vida y menor esperanza de vida saludable que los varones tal como muestra el informe sociodemográfico, donde además se mencionan algunos factores que inciden en estas diferencias³.

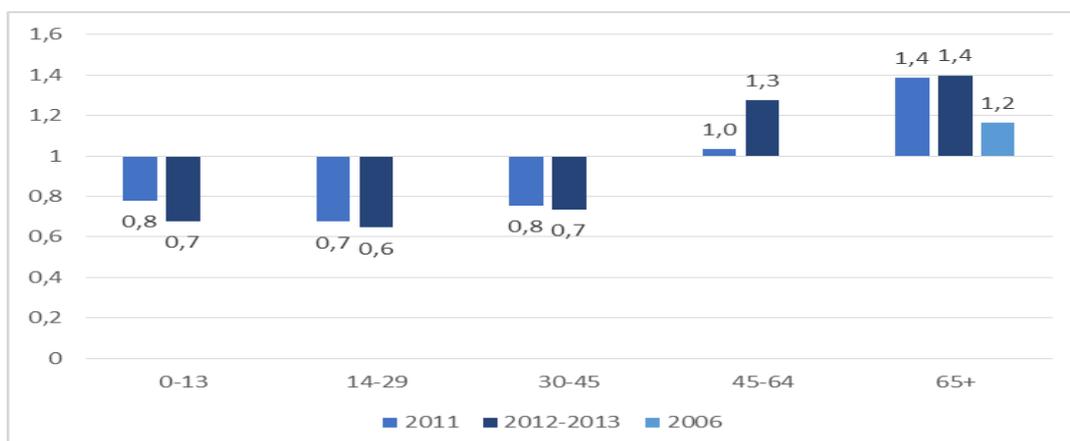
El siguiente gráfico sintetiza las brechas entre sexos en la prevalencia de discapacidad por edades con distintas fuentes de información disponibles. Para cualquiera de las fuentes utilizadas, con independencia de la forma en que se mide la discapacidad, se observa que la prevalencia es mayor entre los varones hasta los 45 años y a partir de esa edad se invierte esta relación y la prevalencia es entre un 20 y un 40% mayor entre las mujeres.

² En 2003 y 2004 se realizó la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad como un módulo especial de la Encuesta Continua de Hogares. Los resultados de dicha encuesta arrojaban que el 7,6% de la población urbana del Uruguay tenía al menos una discapacidad, un 6% presentaba limitaciones permanentes o discapacidad relativa y el 2,5% de las personas padecía una discapacidad absoluta (Núñez 2011). Luego, en el año 2006 la Encuesta Continua de Hogares incluyó un módulo de salud con preguntas sobre limitaciones permanentes. En base a esta última fuente Bagnato, Luzardo y Padula (2011) estimaron una prevalencia de limitaciones de 9,2% (Núñez 2013). En el año 2011 el censo de población incluyó una pregunta específica de limitaciones distinguiendo según grado de severidad, y en este caso la prevalencia registrada fue de 17,7%. Como explica Núñez (2013) no se trata de un incremento real en la prevalencia de discapacidad sino del cambio en el formato de pregunta. Las primeras fuentes aquí reseñadas son más próximas al relevamiento de limitaciones severas al preguntar directamente por presencia o no de limitaciones, mientras que el uso de niveles de dificultad que introduce el censo permite que quienes tienen una limitación leve se identifiquen dentro del grupo más restringido de personas con limitaciones severas. Por ende, y si bien no es recomendable comparar entre estas fuentes, la prevalencia del censo de limitaciones severas (4,48%) es la medida más próxima a la del total de limitaciones que recogen las encuestas previas.

Finalmente, en 2013 la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) relevó algunas de estas dimensiones de la discapacidad, pero una vez más, la instrumentación se diferenció de las anteriores. Esta encuesta indaga en la presencia de hasta once tipos distintos de limitaciones, sin precisar si se trata de limitaciones permanentes o no como hicieron los antecedentes aquí reseñados, pero pidiendo al entrevistado que indique en qué grado cada limitación afecta el desarrollo de su vida cotidiana (BPS 2015). De acuerdo a esta fuente el 6.1% de la población uruguaya presenta alguna limitación y el 44% de éstos son mayores de 64 años.

³Ello quiere decir que, si bien tiene mayor esperanza de vida, la sobrevivida femenina tiene un mayor número relativo de años de vida con discapacidad (Minicuci et al. 2011).

Gráfico 11. Brecha entre sexos en la prevalencia de discapacidad por grupos de edad. Uruguay, 2006, 2011 y 2012-13



Fuente: elaboración propia partir de datos publicados de censos de población 2011 (Núñez 2013); Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012-2013 (BPS 2015); y ENHA 2006 (Bagnato et al. 2011).

Ahora bien, no todas las personas con discapacidad están en situación de dependencia. Más de la mitad de las personas con discapacidad (el 58%), declaran necesitar ayudas o apoyos, y dentro de este grupo el 45% (52.000 personas) señala que necesita de una persona que lo ayude en la realización de tareas cotidianas, y de éstos un 72,3% efectivamente ya cuenta con esa ayuda. Entre los que cuentan con ayuda en las necesidades de la vida cotidiana, el 8.1% lo reciben de familiares que lo hacen de forma no remunerada y el 15,6 % de asistentes personales contratados de forma particular o mediante subsidio de BPS⁴ (BPS 2015, 183-184).

3.2 La oferta del cuidado

En este apartado se identifican, con los datos disponibles, la oferta de cuidado de los distintos agentes proveedores. No existe información que permita identificar alguna medida sobre la proporción que cada uno de los agentes de cuidado proveen a las personas que requieren cuidados. Sería útil

⁴Los Asistentes Personales se crean como prestación del BPS a partir de 2010 por Decreto del Poder Ejecutivo N° 214/014, de 28/07/2014, donde se reglamenta el art. 25 de la Ley 18.651 de 19/02/2010, La encuesta de la que proveen estos datos se realizó entre octubre de 2012 y mayo de 2013 cuando aún no se implementaba esta ayuda pública a la contratación de Asistentes Personales.

para la definición e implementación de políticas públicas la identificación de dicha cobertura efectiva de los distintos prestadores (familias, Estado, mercado, comunidad) a partir de las personas que requieren cuidados. Sin embargo, con los datos disponibles podemos acercarnos a la provisión a partir de lo que ofrecen cada uno de los agentes y sus características, que es lo que se hará en el siguiente apartado.

3.2.1 El cuidado que proveen los hogares

Una de las fuentes de información que permite acercarse a conocer cuáles son las modalidades predominantes de cuidado en el caso de los niños es la Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (en adelante ENDIS) de 2013. La ENDIS no tuvo como propósito disponer de información sobre las estrategias de cuidado infantil desarrolladas por las familias en Uruguay, pero relevaron algunos indicadores que nos permiten aproximarnos a las mismas.

Una de las indagaciones principales de la ENDIS fue conocer quiénes se hacen cargo de manera mayoritaria del cuidado infantil. Casi la totalidad de los casos (99%) manifiesta contar con la madre de los/as niños/as para su cuidado, sin embargo tan solo 6 de cada 10 plantea que cuenta con el padre para la realización de dicha tarea. Aparece en tercer lugar, la abuela o abuelo (38,2%) como estrategia de sostén de esos cuidados cotidianos. Luego otro pariente (tías, primas), y es recién en el quinto lugar que aparece la opción de contar con una persona remunerada. Con porcentajes más reducidos se mencionan hermanos/as y vecinos/as. Estos datos evidencian, en primer lugar, la importancia de la red familiar para el cuidado de los/as niños/as pequeños/as y en segundo lugar la centralidad de las mujeres en las estrategias de cuidado infantil.

Las mujeres aparecen como las principales cuidadoras, ya sea en su rol de madre, pareja del padre o abuelas. La red familiar, principalmente a través de las abuelas juega un papel clave en la estrategia de cuidado infantil. (Batthyany, Genta, Scavino, 2016)

Tabla 2. Distribución de personas que se encargan del cuidado de los/as niños/as en el hogar y personas con las que se cuenta para el cuidado ante una situación de enfermedad o si no se dictan clases en el centro al que asisten. Total país, 2013

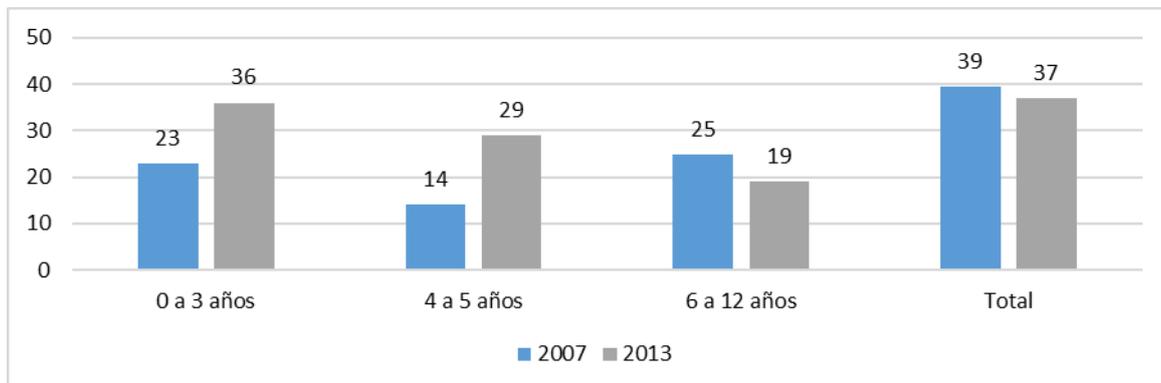
	Personas que se encargan del cuidado de los/as niños/as en el hogar. (%)	Persona con la que cuenta para el cuidado ante situación de enfermedad o si no se dictan clases (%)
Madre	99,0	92,3
Padre	60,0	55,5
Abuelo/a	38,4	47,1
Otro pariente	12,5	14,8
Persona remunerada	11,1	9,0
Hermano/a mayor de 10 años	8,4	6,5
Vecinos u otro no pariente	2,0	2,6
Hermano/a menor de 10 años	1,8	1,4

Fuente: tomado de Batthyany, Genta, Scavino (2016) en base a ENDIS, INE-IECON-UCC.

La mayor presencia familiar y femenina en los cuidados queda evidenciada también por los resultados de la Encuesta de Uso del Tiempo en Uruguay. El 35.1% de las mujeres y el 24.3% de los varones participan en los cuidados en la actualidad. Esta cifra indica la tasa de participación en los cuidados e identifica a la población que manifiesta que brindó cuidados. Por su parte las horas de dedicación, son como su nombre lo indica las horas dedicadas por aquellos que participan.

Por su parte, los hogares destinan 37 horas semanales al cuidado de niños menores de 12 años, cifra similar a la encontrada en 2007. Esta dedicación disminuye con la edad de los niños, siendo de 36 horas para los de 0 a 3 años, y de 19 en los niños en edad escolar (6 a 12 años).

Gráfico 12. Tiempo promedio de cuidado infantil (horas semanales) que prestan los hogares por tramo de edad de los niños. Uruguay, 2007 y 2013



Fuente: tomado de Batthyány 2015 y Aguirre 2009. Elaboración original en base a EUT 2013 y 2007.

Es importante aclarar que las diferencias encontradas entre 2007 y 2013 no puede concluirse que provengan de un cambio en el fenómeno, ya que para la medición 2013 se aplicaron cambios en el formulario de manera de captar mejor el cuidado, lo que pudo tener como consecuencia una mayor captación de horas destinadas al cuidado tanto por varones como mujeres.

Al contrario de lo que sucede con la demanda de cuidado, que proviene mayormente de las personas mayores, la participación de la familia, tanto de mujeres como de varones es más alta en el cuidado de los niños que en el de personas mayores de 65 años o de personas con discapacidad. En cuanto a las horas de dedicación, las mujeres destinan 22 horas semanales al cuidado y los varones (que participan) lo hacen por 17 horas.

En la dedicación de varones y mujeres al cuidado infantil, la brecha de género es más amplia en los niños más pequeños, siendo que las mujeres dedican 9 horas semanales más respecto a los varones. El tiempo dedicado por las mujeres y la brecha con los varones tiende a reducirse cuando los niños crecen, pero probablemente esto no se debe a un mayor involucramiento masculino en los niños más grandes, ya que las horas de dedicación de los varones se mantienen en las diferentes edades de los niños, sino a la utilización de servicios extra familiares de cuidado (como el sistema educativo).

Por tanto, en este caso el acceso a instituciones educativas permite liberar tiempo de las mujeres al reducir su dedicación al cuidado no remunerado.

Tabla 3. Tasa de participación y tiempo promedio en horas semanales dedicado al cuidado de personas que integran el hogar y de personas de otros hogares. Uruguay 2013

	Mujeres		Varones	
	Tasa de participación	Tiempo promedio	Tasa de participación	Tiempo promedio
Total	35.1	22	24.3	17
Niños 0 a 12 años	31.5	21	21.7	15
0 a 3 años	13.8	22	9.7	13
4 a 5 años	7.6	17	5.6	14
6 a 12 años	18	13	11.7	10
Adultos 65+ años	1.2	22	0.7	27
Personas con discapacidad	3.5	27	2.2	29

Fuente: tomado de Batthyány 2015, pp. 98. Elaboración original en base a EUT 2013.

Entre los distintos trabajos realizados en el hogar sin remuneración, los cuidados no son aquellos que presentan las mayores brechas de género. Por el contrario, el trabajo doméstico no remunerado (limpieza del baño, de la ropa, realizar la comida, poner la mesa, entre muchas otras tareas) son las que conlleva mayor brecha entre varones y mujeres. Los cuidados son el segundo componente del trabajo no remunerado al que se dedican mayor número de horas y participación (Batthyany, Genta y Perrotta, 2015). En los cuidados las brechas son más pequeñas que en el trabajo doméstico con lo que los varones parecen involucrarse más en el cuidado que en las tareas domésticas que continúa siendo un núcleo duro de la división sexual del trabajo.

A pesar de esta mayor dedicación en los cuidados, se mantienen al interior de las tareas de cuidados una división clara de tareas en las que las mujeres realizan las más sistemáticas e inflexibles y los varones las que permiten flexibilidad y son más gratificantes. Esta tendencia es observable en el periodo disponible 2007-2013 (Batthyany, 2015)

Tabla 4. Tasa de participación y horas semanales dedicadas a las tareas del cuidado infantil por tarea según sexo. Uruguay 2007 y 2013

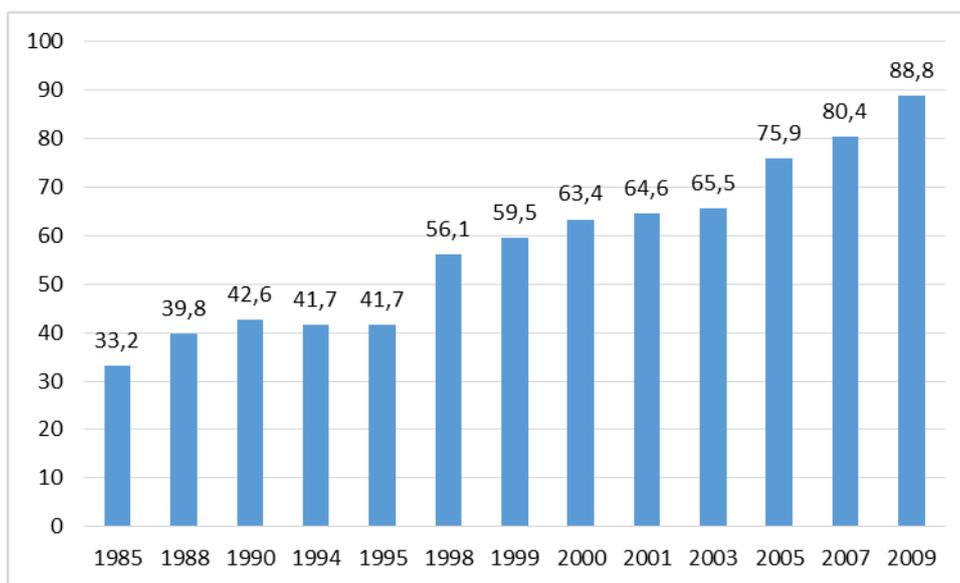
	2007				2013			
	Mujeres		Varones		Mujeres		Varones	
	Participación	Tiempo	Participación	Tiempo	Participación	Tiempo	Participación	Tiempo
Dar de mamar/comer	12.8	8.7	5.7	3.5	39.3	8.0	18.3	4.0
Bañar/vestir	20.2	4.7	6.4	2.5	59.0	6.0	19.3	4.0
Llevar a centro escolar	12.2	2.5	5.4	2.0	25.2	4.0	14.6	3.0
Ayudar con tareas	12.7	4.3	4.7	3.2	26.5	6.0	10.6	5.0
Jugar/Pasear	27.9	14.9	22.7	11.8	48.9	15.0	43.4	14.0
Cuidados en salud					5.0	10.0	2.0	8.0
Total cuidado infantil	29.9	17.7	21.7	9.7	80.0	21.0	59.2	15.0

Fuente: tomado de Batthyány 2015 y Aguirre 2009. Elaboración original en base a EUT 2007 y 2013

3.2.2 La oferta de cuidado infantil en las instituciones educativas o de cuidado

El siguiente gráfico muestra la tasa de matriculación de la población menor de 6 años (edad preescolar) entre 1985 y 2009. Aunque no distingue en las distintas edades se aprecia un sostenido incremento de la cobertura en estas edades, que se explica probablemente por la obligación de asistencia de los niños de 4 y 5 años.

Gráfico 13. Tasa de matriculación en centros educativos de los menores de 6 años. Uruguay, 1985-2009



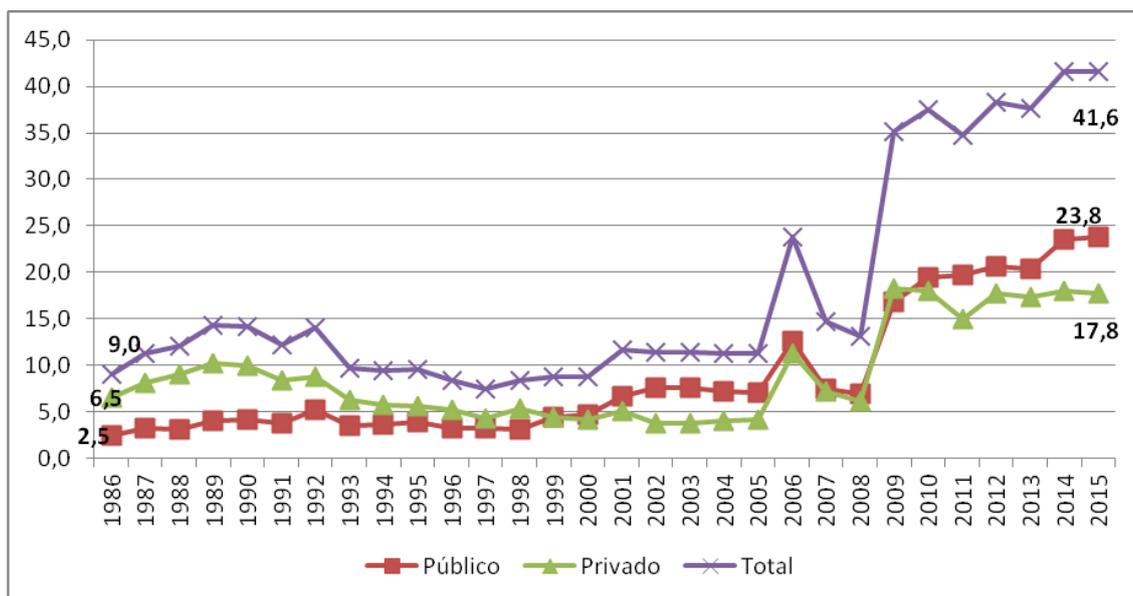
Fuente: elaboración propia en base a UNESCO Institute of Statistics 2016.

También en el grupo de 0 a 3 años se aprecia un fuerte crecimiento, que se explica sobre todo por la asistencia a centros de cuidados públicos. En el caso de los centros públicos para niños pequeños debe tenerse en cuenta que en estos datos no se puede diferenciar las actividades de estimulación oportuna de centros CAIF para menores de 2 años que no es oferta de cuidados⁵.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de niños/as de 0 a 3 años que asisten a algún tipo de centro y diferencia públicos y privados. Mientras en 1986, tan sólo el 9% de los niños de 0 a 3 asistían a algún tipo de centro, esto ocurre con el 41.6% en la actualidad. En la actualidad el 23.8% de los/as niños/as de 0 a 3 años asiste a centros públicos y el 17.8% a centros privados mientras que en 1986 solo lo hacían el 2.5% y 6.5% respectivamente. Es a partir del año 2008 cuando comienza a crecer la asistencia a centros de cuidado en los/as más pequeños/as, probablemente debido al aumento de cobertura del Plan CAIF (www.caif.org.uy).

⁵ Las actividades de estimulación oportuna de CAIF consisten en un espacio semanal del niño con sus referentes adultos. Por las características de la actividad no se consideran cuidados aunque están incorporadas al gráfico.

Gráfico 14. Porcentaje de niños/as de 0 a 3 años que asisten a un centro educativo por tipo de centro. Localidades de más de 5.000 habitantes, 1985-2015



Fuente: Área socio-demográfica del Banco de datos, FCS-UdelaR, en base a ECH 1985-2015-INE.. *Nota: Hasta el año 2012 se releva educación inicial y preescolar de forma conjunta. A partir de 2012 forman parte de dos módulos distintos. **Nota: Antes de 2010 no es posible distinguir quienes asisten a centros CAIF a partir de la ECH. ***Nota: Hasta 2008 no se releva educación inicial, únicamente preescolar.

La siguiente tabla muestra la distribución de los niños de 0 a 3 años en función del tipo de centro al que asisten pero incluyendo el plan CAIF. La ECH solo permite diferenciar la asistencia a CAIF a partir del 2011. A pesar de los pocos años disponibles es posible observar que para estas edades, la cobertura de plan CAIF es importante, ya que el 16.2% de los niños en estas edades asisten a CAIF, porcentaje similar a lo que ocurre con la asistencia a centros privados.

Tabla 5. Porcentaje de niños/as de 0 a 3 años que asisten a un centro educativo por tipo de centro (público/privado/CAIF). Localidades de más de 5.000 habitantes, 2011-2015

Tipo de centro	2011	2012	2013	2014	2015
Público	5,5	6	7,3	8,1	7,6
Privado	15	17,8	17,4	18	17,8
CAIF	14,2	14,6	13	15,5	16,2
Total	34,7	38,4	37,7	41,6	41,6

A pesar de este sostenido crecimiento de la cobertura que se puede observar en el gráfico anterior, el cuidado institucional sigue siendo minoritario

entre los más pequeños. En la actualidad no existen servicios institucionales públicos y gratuitos que cubran a toda la población de niños/as pequeños durante la jornada laboral. La reducida asistencia está relacionada con la baja oferta pública (MIDES, 2014), a las dificultades económicas en el acceso a las ofertas del sector privado y a las representaciones sociales familistas y maternalistas del cuidado, como veremos luego.

Las diferencias en la asistencia entre públicos y privados están relacionadas a diferencias en la oferta institucional de unos y otros. En su mayoría, los centros públicos educativos y de cuidado, no cubren la jornada laboral típica de 8 horas. En el caso de los niños/as menores de 2 años, los Centros CAIF, en su mayoría, solo ofrecen estimulación oportuna, como ya se mencionó. Sin embargo, en los centros privados, existentes para las familias que puedan costearlos ofrecen jornadas extendidas que cubren el horario laboral.

Estas diferencias entre la oferta institucional pública y privada también ocurren en el tramo de 3 a 5 años e incluso en primaria. Particularmente en cuanto a las horas de asistencia, la mayor parte de los niños (80%) que asisten a los centros públicos de cuidado (incluido CAIF) para niños de 4 y 5 años, lo hace por 4 horas diarias y solo 10% asiste por 8 horas. Sin embargo, esto difiere en el caso de asistir a centros públicos o privados. En el caso del sector privado, el 22% de los niños/as que asiste lo hace por 8 horas diarias o más y sólo el 60% lo hacen por 4 horas. En el nivel de primaria, aunque aumenta, continúa siendo muy baja la cobertura de la jornada laboral, siendo que la asistencia a escuelas de tiempo completo cubren el 15% de la población (MIDES 2014, 24)

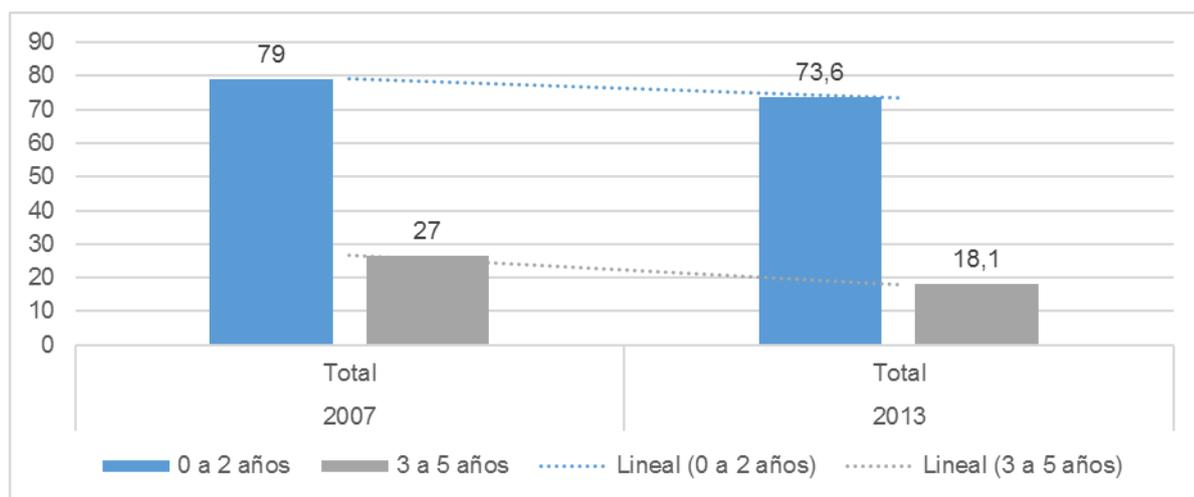
Estas diferencias en la oferta de cuidado institucional es clave para el acceso de las mujeres al mercado laboral. En el marco de representaciones sociales familistas y maternalistas predominantes, la ausencia de centros públicos y gratuitos que cubren la jornada se convierte en un obstáculo para el acceso y permanencia de las mujeres al mercado de trabajo.

Ahora bien, es clave mencionar que en este tramo de edad 0 a 3, existen diferencias en la asistencia al considerar las edades simples. Es a partir de los

3 años que aumenta considerablemente la asistencia de los niños a centros, mientras que en el tramo de 0 a 2 años continua habiendo menos oferta y menos disposición de la población para que los/as niños/as concurren a centros. Seguramente producto de la escolarización obligatoria a los tres años y de las recomendaciones de los expertos (como se verá a continuación) los niños comienzan a asistir en su mayor parte a partir de los tres años.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de niños de 0 a 2 y de 3 a 5 que no asisten a centros, en 2007 y en 2013. El 79.0% en 2007 y el 73.6% en 2013, de los de 0 a 2 años no asisten a centros. Sin embargo, en el caso de los niños/as de 3 a 5 años, la asistencia es más alta y tan solo el 27% en 2007 y el 18.1% en el 2013 no asisten a centros.

Gráfico 15. Porcentaje de niños de 0 a 5 años que no asiste a ningún centro educativo o de cuidado. Uruguay 2007 y 2013



Fuente: tomado de Batthyány 2015 y Aguirre, 2009. Elaboración original en base a EUT 2013 y 2007.

La baja asistencia en los niños/as pequeños, (sobre todo los de 0 a 2 años) no es solo producto de la disminuida y segmentada oferta pública y gratuita, que es claramente uno de los factores explicativos sino también a ideas generalizadas sobre los aspectos negativos que tiene el cuidado en instituciones a edades tempranas.

Por un lado, en el nivel de las representaciones sociales existe una resistencia a cubrir el cuidado infantil con instituciones para los/as niños/as más pequeños. Apenas un grupo cercano al 25% optaría por compartir el cuidado

entre familiares y centro infantil durante la jornada laboral según datos de la Encuesta Nacional de Representaciones sociales del cuidado de 2011 (Batthyány, Genta, Perrotta, 2013).

Por su parte, la Encuesta de Nutrición y Desarrollo infantil (ENDIS, 2013) indagó en los motivos de no asistencia a centros infantiles en los menores de 4 años. Los principales motivos son: la edad temprana para asistir a establecimientos (35,4%) seguido de la opción del hogar por el cuidado familiar (34,4%). En tercer lugar, aparecen los problemas de tipo logístico relacionados a los servicios que se ofrecen, como la lejanía, los problemas de transporte o de incompatibilidad con horarios de trabajo, los que sumados no llegan al 4,9% de los casos.

Respecto al motivo relacionado a la edad temprana de los niños, es coincidente con lo planteado por un grupo influyente de expertos en cuidado infantil como ha demostrado una investigación que se propuso indagar las claves del buen cuidado infantil en base al saber experto (Batthyány, Genta, Perrotta, 2014⁶). Uno de los hallazgos principales de este estudio, es la identificación de tres enfoques dentro del saber experto a la hora de definir el cuidado de calidad y sus dimensiones centrales, en los que se identifican énfasis diferenciados, así como diversas posturas sobre el ejercicio del derecho a cuidar desde una perspectiva de género y derechos.

A la hora de las recomendaciones sobre el buen cuidado, así como en la definición del mismo, el enfoque denominado “Médico” se centra en los aspectos sanitarios del cuidado: el garantizar la lactancia materna prolongada y la prevención de enfermedades. La centralidad que tiene para este enfoque la lactancia materna, y las recomendaciones acerca de la importancia de que los/as niños/as menores de dos años permanezcan cuidados en el hogar, para prevenir enfermedades, lleva a que este enfoque sea más “familista”, es decir centrado en que los cuidados de calidad son provistos únicamente por la familia, y que sea entonces menos habilitador para la perspectiva de género y

⁶ El estudio sobre el discurso experto en torno al cuidado infantil fue desarrollado durante el año 2013, en el marco de un Proyecto I+D financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación. Fue llevado a cabo por el Grupo de Sociología de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales.

derechos, dado que refuerza los roles de género tradicionales, manteniendo a las mujeres como principales cuidadoras (Batthyány, Genta, Perrotta, 2014). La influencia de este discurso en las elecciones de la familia probablemente sea uno de los factores explicativos para la resistencia a la asistencia de los niños/as a centros de cuidado a edades tempranas.

La investigación también evidencia la existencia de otro discurso denominado “Psicológico-educativo” el que habilita otras posibilidades de cuidado de calidad, al destacar que lo que determina el buen cuidado son los vínculos seguros que pueden ser desarrollados con otros adultos/as referentes incluso con cuidadores/as remunerados/as en domicilio o que trabajen en centros infantiles (Batthyány, Genta, Perrotta, 2014). Si este discurso tuviera mayor influencia en la población probablemente contribuiría a la menor resistencia a la asistencia de los niños pequeños a centros de cuidado.

Por tanto, la opción por el cuidado institucional, potencialmente puede brindar calidad en el cuidado de los/as niños/as, pero aparece como una opción poco legítima para la población. Es importante tener presente, que el discurso médico goza de importante respeto y legitimidad en la sociedad, incidiendo fuertemente en las prácticas, sobre todo en los aspectos de crianza de la primera infancia, por lo que las consecuencias en las prácticas de cuidado tanto si es posible llevar adelante sus recomendaciones como si no lo es, pesan fuertemente en la experiencia de las familias y en las mujeres respecto a las decisiones y estrategias de cuidado. Dicha legitimidad queda evidenciada, por ejemplo en la Encuesta de Representaciones sociales del cuidado (Batthyány, Genta, Perrotta, 2014) mediante la cual se muestra que si bien un tercio de la población consulta sobre los aspectos de crianza en primer lugar a sus madres, una cuarta parte de las mujeres consulta en primer lugar a los médicos o personal de la salud, lo que evidencia el lugar de privilegio que tiene este saber en las prácticas y representaciones del cuidado infantil (Batthyány, Genta, Perrotta, 2014).

De este modo, no es extraño que como primer motivo para no enviar a los niños a centros de cuidado infantil encontremos la edad temprana de los/as niños/as y la prevención de enfermedades ambos aspectos que pueden asociarse al discurso “Médico” que se centra en la lactancia y crianza en el

hogar durante los primeros años de vida (ENDIS, 2013 y Encuesta de Protección Social del BPS, 2015)

Cabe destacar también que a medida que aumenta la edad de los niños, adquiere mayor relevancia como factor explicativo de la baja asistencia, la ausencia de disponibilidad de servicios o el costo de los mismos. Se puede apreciar en el siguiente cuadro las razones para la no asistencia de niños hasta 3 años a centros de cuidado. Al sumar las siguientes razones; “no había vacantes”, “no existen establecimientos cercanos” y “por razones económicas” tenemos una idea aproximada de las razones que se vinculan con la disponibilidad de servicios y/o la dificultad para costearlos.

Se observa que en el caso de los niños de 0 año tan solo el 5.7% de las razones están vinculadas a la disponibilidad de servicios y/o la dificultad para costearlos. Este aumenta a 15.7% en el caso de los de 1 año, y a 27.3% en los niños de 2 años y de 38.3% en los niños de 3 años. Por tanto en casi 4 de cada 10 a niños de 3 años, las razones de inasistencia a centros de cuidado responden a ausencia de disponibilidad servicios o costos elevados y no tanto a una resistencia sociocultural.

Lo contrario ocurre con la razón de “edad insuficiente” que es propio de lo que ocurre con los niños pequeños y está relacionado a la resistencia sociocultural a enviar a los niños más pequeños a centros de cuidado. Dicha razón baja de 55.9% en niños de 0 año a 23.4% en niños de 3 años.

Tabla 6. Distribución de las razones por las que niños de 0 a 3 años no asisten a centros educativos según edad. Uruguay, 2013

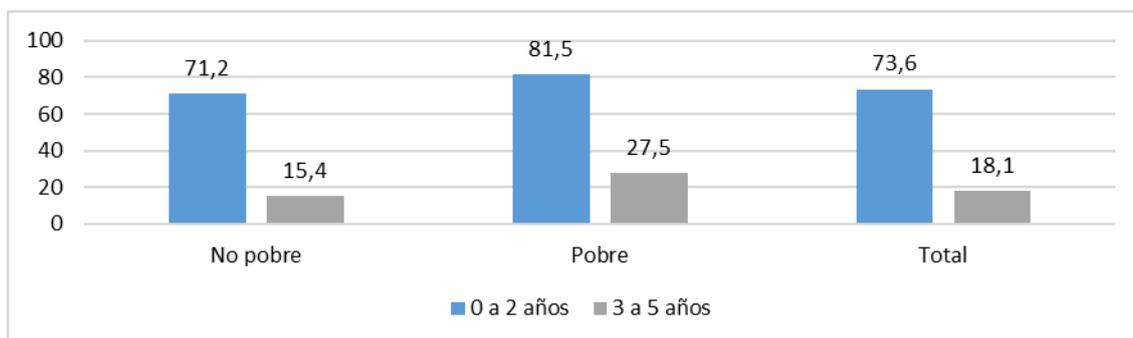
	0 año	1 año	2 años	3 años
No le parece de utilidad	31.7	30.8	25.2	21.6
No tiene la edad suficiente	55.9	45.4	38.2	23.4
Desconfía del cuidado que puedan brindarle	0.5	1.6	1.3	1.7
Problemas de salud o recomendación médica	0.7	1.1	2	2.1
No había vacantes	1.1	6.2	12.7	20.1
No existen establecimientos cercanos	4.2	5.3	10.8	15
Por razones económicas	0.4	4.2	3.8	3.3
Está inscripto (aún no inicia curso)	0.2	0.9	0.4	2.3
No sabe, no recuerda	1.8	1.4	0.5	3
Otra	3.5	2.9	5	7.5
Total	100	100	100	100

Fuente: tomado de BPS 2015, pp. 180. Elaboración original a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2013.

Ahora bien, en el periodo 2005-2013 se incrementan el gasto social dirigido a la infancia a través de distintas actividades como: ampliación de cobertura centros CAIF y ANEP, la creación de la carrera de Educador en Primera Infancia (INAU), implementación del programa “Bonos” (MIDES), centros CAIF inclusivos para niños con discapacidad, regularización de funcionamiento de los Centros de Educación Infantil Privados, entre otros. Sin embargo, las prestaciones directas se dirigieron sobre todo a aquellos niños/as residentes en hogares en situación de vulnerabilidad social como se observa al identificar la población objetivo de cada programa.

Sin embargo, a pesar de que los servicios existentes de cuidado infantil públicos y gratuitos están destinados a las poblaciones pobres, los niños pertenecientes a estos hogares presentan menor asistencia a los centros, como muestra el siguiente cuadro.

Gráfico 16. Porcentaje de niños en edad preescolar que no asisten a ningún centro de cuidados infantil. Uruguay 2013



Fuente: tomado de Batthyány 2015, pp. 106. Elaboración original en base a EUT 2013.

Esto puede explicarse por varias razones. Una de ellas es debido a la situación laboral de las mujeres que viven en estos hogares, madres de los niños. La asistencia al centro infantil está influenciada por la participación laboral de las mujeres. Esto queda evidenciado en el dato que muestra que entre las madres que trabajan de forma remunerada, el 37,6% de los/as niños/as asisten actualmente a algún centro infantil mientras esto ocurre con el 23,5% de los/as niños/as cuyas madres no trabajan. El acceso al empleo de las mujeres incrementa la asistencia de los niños/as a centros de cuidado infantil (ENDIS, 2013). Por su parte existe una relación entre la situación de pobreza de los hogares y la participación laboral de las mujeres ya que aquellas que viven en hogares pobres tienen tasas de empleo inferiores a las no pobres (SIG, 2013).

Las explicaciones para esto están relacionadas a que los centros públicos de cuidado para niños pequeños no cubren (en su mayoría) la jornada laboral con lo que para estas mujeres no es justificable la asistencia a una institución cuando ellas no están en el mercado laboral y son las que se encargan mayormente de los niños.

Por tanto, la baja asistencia de los niños en hogares pobres a pesar de tener más servicios, aunque a jornada parcial (como ya vimos), también puede ser entendida por el hecho de que en estos hogares prima una división sexual del trabajo tradicional a partir de la cual las madres tienen un menor o nulo acceso al trabajo remunerado y se encuentran disponibles totalmente para el cuidado.

También es posible entender esta baja asistencia de los niños más pobres debido a representaciones sociales más familistas y maternalistas en los sectores pobres (Batthyany, 2015). Uno de los resultados claves que arroja la Encuesta de Representaciones Sociales del cuidado es la relación entre el familismo y maternalismo en los cuidados y el nivel socioeconómico, siendo que a más bajo nivel socioeconómico se aprecia un mayor familismo en los cuidados.

Finalmente el nivel de asistencia de niños/as pequeños está vinculado con el tipo de hogar al que pertenecen, siendo la asistencia más baja en hogares extendidos y compuestos donde la existencia de otros familiares o no familiares en el mismo hogar permiten resolver la demanda de cuidados de esos niños/as (BPS, 2015). En este caso, probablemente la disponibilidad de familiares co-residentes explica en alguna medida la baja utilización del centro de cuidados como resolución a las necesidades de cuidado.

3.2.3 Cobertura de cuidado a través del sector empleador y sindical

Las personas ocupadas en el sector público y privado acceden a distintos servicios de cuidado o subsidios para costear dichos servicios en el mercado, provenientes a través del Estado como empleador o a través de los sindicatos. En 2012 el Ministerio de Desarrollo Social realizó un registro de la disponibilidad de este tipo de servicios. En cuanto a servicios ofrecidos por el Estado como empleador, la mayoría están dirigidos a los niños menores de 6 años, y provienen de Ministerios (10), Entes Autónomos y Servicios Descentralizados (11). Son escasos los que provienen de las intendencias o de otros organismos. En cuanto a los sindicatos, solo 4 de 47 (el 13%) de los

relevados que integran la Mesa Representativa del PITCNT ofrecen servicios de cuidado. (MIDES, 2014)

De la revisión de los 195 convenios colectivos firmados a nivel de grupos, subgrupos o capítulos de actividad entre 2010 y 2011, surge que los convenios en donde se incluyen algún tipo de prestación de cuidados son poco frecuentes. En la cuarta ronda de negociación se ha trabajado más en torno al desarrollo de licencias especiales para cuidado más que a la generación de servicios de cuidado o de subsidios para el pago de ellos mismos. En el sector financiero y de salud están en mejores condiciones relativas en cuanto al nivel de discusión mientras que hay 11 grupos (de 25 analizados) entre los que se encuentran sectores feminizados como el trabajo doméstico y la enseñanza, así como el sector primario y la agroindustria, en los cuales ni siquiera está presente esta discusión. Particularmente los subsidios están presentes en 2 grupos mientras que los servicios de cuidado están ausentes en los acuerdos (MIDES 2014).

No existe información que permita identificar la tendencia en la cobertura de servicios de cuidado o de apoyos desde el Estado como empleador o a través de sindicatos, más que lo relevado en 2012 que se mencionó, por tanto no podemos afirmar si en la actualidad esta oferta disminuyó respecto a períodos anteriores

Por su parte, si bien tampoco existen datos actuales sobre cuál es la cobertura de los servicios de cuidado o apoyos brindados por el Estado como empleador o los sindicatos, es posible afirmar que cubre a una demanda muy restringida y segmentada de la población uruguaya ligada a algunos sindicatos o algunos grupos de funcionarios públicos.

De la revisión al Plan de Cuidados para los próximos años, si el Sistema de Cuidados no trabaja fuertemente con el sector empleador y con el sector sindical, será muy difícil que surjan espontáneamente iniciativas que permitan apoyar desde empleadores o sindicatos, el cuidado de familiares.

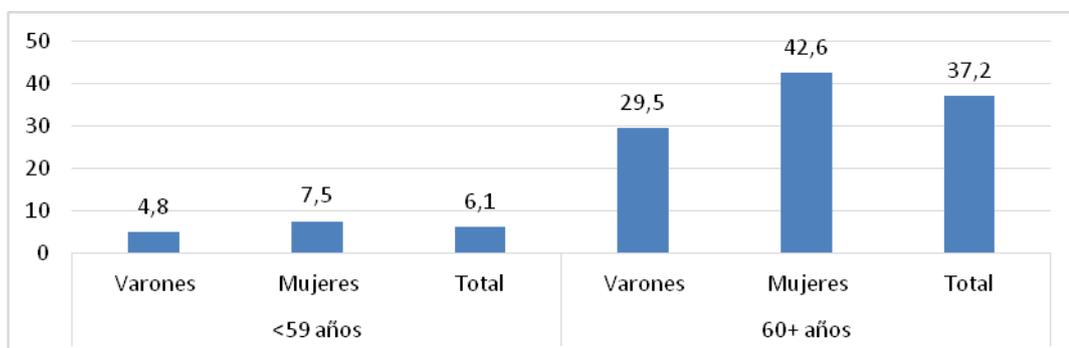
3.2.4 Oferta de cuidado institucional a personas mayores

En cuanto a la oferta de cuidado para personas mayores, los servicios ofrecidos presentan gran nivel de segmentación en cuanto a precios, pero también a calidad. Ante la ausencia y la lentitud del Estado en dar satisfacción a una demanda creciente de necesidades de cuidado de las personas mayores debido al envejecimiento ya mencionado, el mercado ha resultado en un gran oferente de servicios para personas mayores, con la inexistencia del Estado en su provisión y también escasa regulación. Interés particular reviste la generación de los Servicios de Acompañante, creadas para apoyar a los familiares durante la internación hospitalaria. Surgen en los años noventa a partir de la reducción de personal sanitario en los hospitales y el aumento de las mujeres en el mercado laboral para dar respuesta a la necesidad de acompañamiento de los familiares enfermos, muchos de ellas personas mayores. Desde su creación, estos servicios han ganado legitimidad en las familias uruguayas, las que los contratan masivamente en la actualidad, sobre todo en las personas mayores y para las mujeres.

El hecho de que sean mayormente las mujeres que tienen servicios de acompañantes es evidencia de su mayor dedicación a los cuidados cuando son los varones los que se encuentran en situación de enfermedad mientras que ellas requieren de ayudas extra familiares para cubrir esos cuidados.

Asimismo, los Servicios de Acompañantes han ampliado su cobertura, incluyendo el acompañamiento en domicilio dando cuenta nuevamente de la rapidez y eficacia del mercado para dar satisfacción a una necesidad creciente.

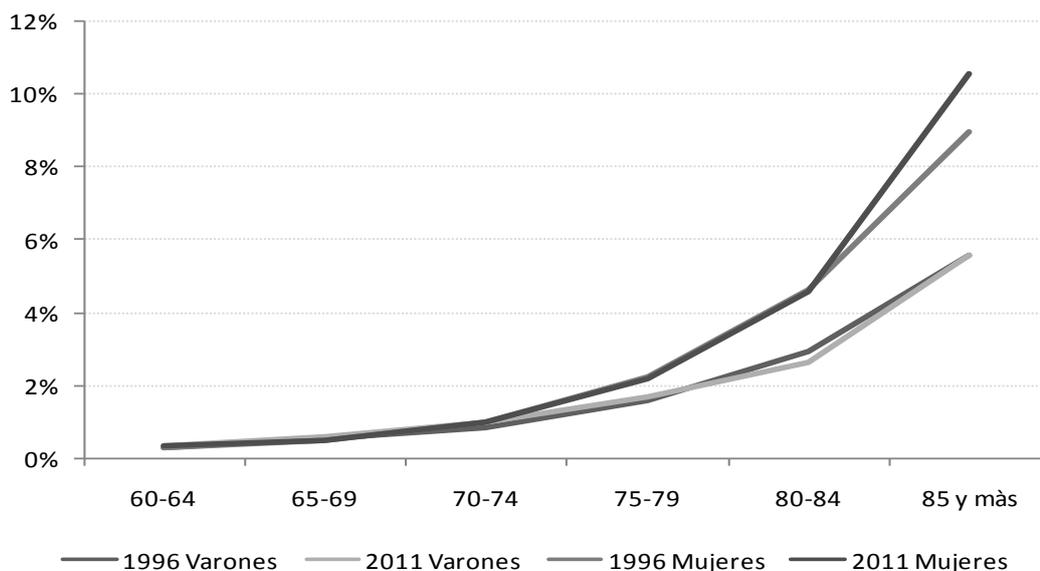
Gráfico 17. Porcentaje de personas que cuentan con servicio de acompañantes según sexo y grandes grupos de edad. Uruguay, 2013



Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2013 (BPS 2015).

Otra de las modalidades de cuidado en el caso de las personas mayores es la que corresponde a los centros de larga estadía. En el período inter-censal se evidencia que, aunque en cifras muy reducidas, tiene una tendencia al aumento. Mientras en 1996 el 1.6% de las personas mayores de 60 años residen en centros de largas estadía, en 2011 esto es de 2,2% entre los mayores de 60 y de 3% entre los mayores de 65 años. (Cabella et al, 2015)

Gráfico 18. Proporción de personas de 60 y más años censada en residenciales por grupos de edad y según sexo. Total país, 1996 y 2011



Fuente: tomado de Cabella et al. (2015). Elaboración original a partir de los Censos 1996 y 2011 - INE.

Puede observarse en el gráfico anterior que la edad de los/as adultos es clave para la entrada en una institución. Seis de cada diez personas residentes en establecimientos de cuidado permanente tienen 80 o más años de edad, y entre las mujeres residentes en este tipo de centros 8 de diez pertenecen este grupo de edad. Es sobre todo en estas edades donde las mujeres residentes en centros de larga estadía duplican a los varones. Esto explica el crecimiento 1996-2006 de la institucionalización de personas mayores que es de 27.6% para las mujeres y de 16.6% para los varones⁷. (Cabella et al, 2015).

Por tanto el perfil de adultos/as institucionalizados se caracteriza por ser mujeres y de edades mayores de 85 años. Este fenómeno está vinculado con un grupo creciente de mujeres muy mayores, más longevas que sus compañeros varones que requieren cuidados fruto de sus edades (mayores de 85 años) y las dificultades de sus familias para dedicar tiempo a este cuidado.

Más allá de la tendencia creciente de adultos/as residente en instituciones, continua siendo una baja proporción (3%) que está en consonancia con lo que ocurre en el nivel de las situaciones deseables de cuidados ya que el 90% de la población menor de 70 años opina que la situación más deseable para el cuidado de las personas mayores es el cuidado domiciliario, especialmente el cuidado que brindan los familiares (43%), y solo el 8% de la población encuentra como ideal al cuidado institucionalizado (Batthyány et al 2013).

Otra modalidad de cuidado que permite combinar el cuidado familiar o en el hogar con instituciones son los centros de día que funcionan de forma de que las personas mayores permanezcan allí durante algunas horas del día.

La oferta en Uruguay de este tipo de servicios es reducida y puede afirmarse que no son una modalidad utilizada en forma generalizada en la

⁷ En 2015 el Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento del MIDES informa que existen 1030 centros residenciales. El BPS apoya a 80 hogares de ancianos, la mayoría de los cuales están en el interior (76%) que atienden a una población de 3000 jubilados/as o pensionistas (MIDES, 2015)

sociedad uruguaya para las personas mayores. Los datos disponibles en cuanto a los centros diurnos que funcionan , existen 13 hogares de ancianos que tienen convenio con el BPS: 3 en Montevideo y 10 en el interior. Y otros 4 centros diurnos en convenio con el BPS ubicados en Montevideo, Paysandú, Florida y Soriano. (MIDES, 2014)

3.2.5 Contratación de trabajadoras del cuidado en el hogar

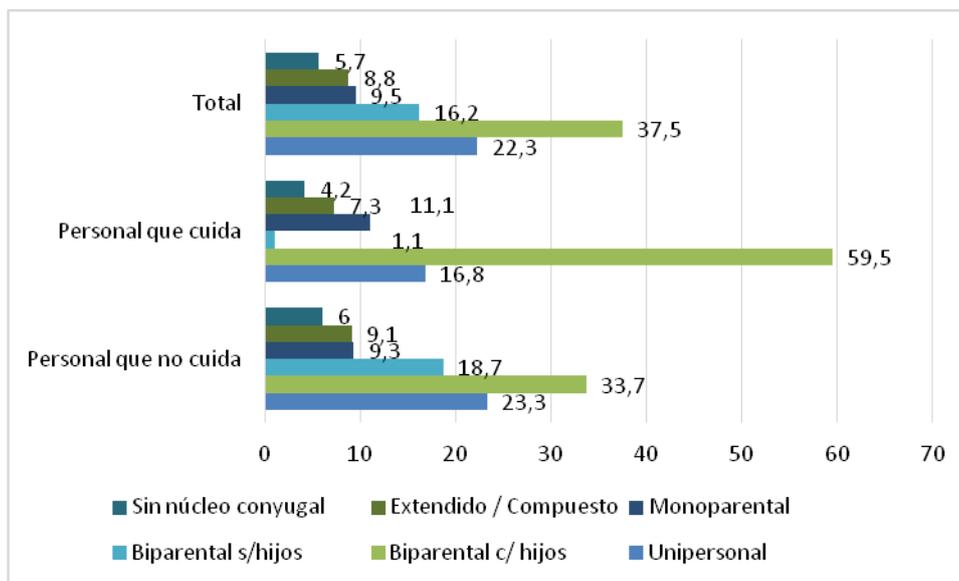
Según la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2012-13 en Uruguay habían 71.027 hogares que en contrataban personal de servicio para el cuidado de sus miembros, lo que supone que tan solo el 6% de los hogares uruguayos son empleadores de trabajadores de cuidados en la actualidad

Existen algunas variables que inciden en la probabilidad de contratar personas para apoyar en tareas domésticas y de cuidados. Amarante y Espino (s/f) realizaron un estudio de los hogares según contratación o no de servicio doméstico⁸ e identifican algunas de estas variables.

Claramente los ingresos de los hogares son determinantes para la contratación pero lo que más pesa es la existencia de niños en el hogar. Los hogares monoparentales, con una tendencia al crecimiento el país, cuyo responsable es una mujer, presentan menor probabilidad de contratar servicio doméstico. Lo mismo ocurre siempre que la “jefatura” sea femenina. Por el contrario, en los hogares con “jefatura” masculina, particularmente aquellos de parejas con hijos, los extensos sin niños, las parejas solas, y los hogares del Interior presentan mayor probabilidad de contratar servicio doméstico.

⁸ Cabe aclarar que en este caso el servicio doméstico no necesariamente son personas contratadas para cuidar pero nos permite aproximarnos al las personas contratadas por el hogar para tareas domésticas y/o de cuidados.

Gráfico 19. .Distribución relativa del tipo de hogar dentro de los hogares con personal de servicio contratado según tareas. Uruguay, 2013



Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2013 (BPS 2015).

El Panel Longitudinal nos permite identificar la proporción de personas contratadas en el hogar que son cuidadores. Del total de personas contratadas en los hogares para el cuidado, la mayoría están contratados para cuidar niños/as (54.8%), el 40% para cuidar a las personas mayores y el restante 5.6% personas con discapacidad. (BPS, 2015)

4. Principales tendencias y sus factores explicativos

- Cambios en la configuración de la demanda del cuidado, ya que disminuye el peso poblacional de la población infantil y se incrementa el de las personas mayores y entre ellas las más envejecida.
- Provisión del cuidado es mayormente familiar debido a que los cuidados han sido el componente del bienestar más difícil de delegar o externalizar fuera de la familia.
- Brecha de género en la dedicación al cuidado infantil y de personas mayores. Dentro de la familia son tradicionalmente las mujeres, quienes, producto de la división sexual del trabajo, han sido las

principales responsables de los cuidados. Son consideradas con las habilidades naturales para el cuidado.

- División cualitativa de las tareas de cuidado, realizando las mujeres las más inflexibles y sistemáticas y los varones las que permiten flexibilidad y son más gratificantes.

- Mayores resistencias de los varones a las tareas domésticas que al cuidado producto de cambios relacionados a nuevas concepciones sobre la importancia del rol de los varones en la crianza de los niños.

- Aumento del desajuste entre las horas disponibles de los familiares y de las mujeres que brindan cuidados y las demandas crecientes de cuidados, sobre todo de personas mayores. Este fenómeno es producto del aumento sostenido de las mujeres en el mercado laboral y de la reducción de hogares del tipo modelo de proveedor tradicional, todo lo cual genera menor disponibilidad de las mujeres a los cuidados.

- Aumento de la asistencia de los niños pequeños (de 0 a 5 años) a centros educativos o de cuidado producto del aumento de la oferta educativa y gratuita de niños de 3 a 5 años. También probablemente se deba a cambios en las estrategias de cuidado de las familias de sectores medios que sustituyen la contratación de personas en el hogar por centros de cuidado infantil que se vuelven con el tiempo más legítimos, pero esta idea es una hipótesis que requiere estudios específicos para su confirmación.

- Acceso y horas de asistencia a centros de cuidado para los niños pequeños depende del quintil de ingresos, existiendo más acceso y mayor número de horas en los quintiles superiores. Esto ocurre porque las diferencias entre la oferta pública y privada y por las características laborales de los distintos sectores socioeconómicos. En cuanto a la oferta, en su mayoría, la oferta pública para niños 0-3 años, no cubre las 8 horas diarias de la jornada de trabajo y está dirigida a sectores pobres. La oferta privada, de distintos niveles de calidad, tiene variedad

de ofertas horarias y cubre la jornada laboral pero solo acceden quienes pueden asumir los costos.

- Desajuste entre los servicios de cuidados disponibles y las necesidades de cuidados tanto en primera infancia como en población dependiente ya que los servicios públicos disponibles no se adaptan a la jornada laboral de padres y madres.

- Resistencia a compartir el cuidado con instituciones en los niños pequeños, sobre todo los menores de 2 años. Existe una idea generalizada en la población y promovida por parte del discurso experto, sobre los beneficios de que los niños/as estén en sus hogares con sus familias y con sus madres hasta los dos años de edad. Este discurso está basado en la prevención de enfermedades a edades tempranas pero mistifica el hogar, las familias y las madres, como los contextos y las personas ideales para promover el desarrollo infantil.

- Resistencias a la institucionalización de las personas mayores aunque con cambios incipientes. Esto es producto de la existencia de una idea generalizada que atribuye a los hijos la obligación del cuidado de sus padres cuando son mayores. Por su parte, los centros de larga estadía carecen de legitimidad en el país, por considerarlos de baja calidad y en donde existen maltratos y negligencias hacia las personas mayores. Sin embargo, estos factores culturales mistifican el hogar y las familias como los contextos y las personas más idóneas para el desarrollo de la autonomía y del buen cuidado en las personas mayores.

5. Factores de cambio y sus implicancias

- Consolidación de la temática de cuidados en la agenda pública a través de la generación y puesta en marcha de políticas públicas de cuidados.

- Sistema Nacional de Cuidados: posibilidad de proveer los cuidados de forma compartida entre Estado, mercado, familias y

comunidad de forma de efectivizar la corresponsabilidad en los cuidados entre varones y mujeres

Mayor visibilidad de las personas en situación de dependencia en el país, debido al aumento considerable de indicadores y mediciones que identifican la demanda y oferta de cuidado en las poblaciones dependientes en los últimos 10 años.

Sociedad civil movilizada en la búsqueda de garantizar el derecho al cuidado

Si el SNC y las políticas públicas lo promueven, se verá una disminución de la segmentación en el acceso a los servicios de cuidado entre distintos sectores socioeconómicos.

El involucramiento de los varones en el cuidado infantil como puerta de entrada al trabajo no remunerado-

Existencia de discursos de expertos que valoren el cuidado extra familiar en edades tempranas y en personas mayores es un factor de cambio que contribuye a legitimar dicha opción en la población pero no son influyentes en las familias y su legitimidad futura depende de la habilitación de este tipo de discursos en el nivel de los organismos públicos.

Aumento de la proporción de personas mayores en instituciones, sobre todo mujeres y en edades mayores de 85 años. Este fenómeno, en caso de mantenerse, es el comienzo de la consolidación de otra de las posibles formas legítimas de cuidar de las personas mayores de una forma compartida entre familias e instituciones.

Referencias

Aguirre, R. 2009 Las bases invisibles del Bienestar Social. Montevideo: UNIFEM.

Aguirre, R. (2003). Trabajo no remunerado y uso del tiempo. Fundamentos conceptuales y avances empíricos. La encuesta Montevideo 2003. *El Uruguay desde la Sociología II*. DS-FCS-UDELAR. Montevideo.

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*. Santiago de Chile: Editora CEPAL- Cooperación Alemana. Serie Políticas Sociales, Número 193, 2014.

Aguirre, Rosario, Batthyany, Karina, Genta, Natalia, Perrotta, Valentina (2014) Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos*, v.: 50, p.: 43 – 60.

Bagnato, Luzardo y Padula (2011): Oferta de servicios y prestaciones para la población con discapacidad e identificación de la demanda. Informe Estudio Prospectivo sobre discapacidad, Fondo Carlos Filgueira, Programa de Infancia, adolescencia y Familia (Infamilia-MIDES)

Batthyány, Karina (2015) Los tiempos del Bienestar Social. Montevideo: INMUJERES MIDES.

..... (2015) Los tiempos del cuidado en Uruguay En Batthyany, Karina (editora) Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Doble clic, Montevideo Papel; ISSN/ISBN: 9789974670907;

Batthyány, Karina. (2002). Maternidad y trabajo asalariado. Las estrategias de cuidado infantil de las mujeres en Montevideo. Estudio de caso múltiple. *El Uruguay desde la Sociología I*. DS-FCS-UDELAR

Batthyány, Karina, Genta, Natalia, Perrotta, Valentina (2015) Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados. Análisis de las licencias parentales en Uruguay. CEPAL Numero 128 Serie Asuntos de Género. Santiago de Chile.

..... (2014)
La dimensión de género en el saber experto en el cuidado infantil. Psicología,
Conocimiento, Sociedad, v.: 4 1

.....
(2013) La población uruguaya y el cuidado Análisis de representaciones
sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay. Montevideo,
MIDES

Batthyány, Karina, Genta, Natalia, Scavino, Sol (2016) Análisis de
género de las estrategias de cuidado
infantil en Uruguay" (EN PRENSA) Revista Cadernos da Pesquisa, Sao Pablo

Cabella, W., Fernández. Mariana & Prieto, V., 2015. Las
transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos J.
Calvo, ed., Montevideo: INE UNFPA.

Esquivel, Valeria (2012) "Cuidado, economía y agendas políticas: una
mirada conceptual sobre la organización social del cuidado en América Latina".
En Esquivel, Valeria (Ed.) *La economía feminista desde América Latina: Una
hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*. Santo Domingo: Editora
ONU-Mujeres.

MIDES. 2014 Cuidados como sistema. Montevideo: SNC MIDES.

BPS, 2015. *Encuesta Longitudinal de Protección Social. Presentación y
primeros tabulados*, Montevideo: BPS.

Cabella, W., Fernández. Mariana & Prieto, V., 2015. *Las
transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos* J.
Calvo, ed., Montevideo: INE UNFPA.

Montaño, Sonia (2010). El Cuidado en Acción. En Montaño, Sonia y
Calderón, Coral (coordinadores) *El Cuidado en Acción, entre el derecho y el
trabajo*. Cuadernos de la CEPAL Nro. 94. Santiago de Chile.

Minicuci, N. et al., 2011. Disability-Free Life Expectancy: A Cross-
National Comparison Among Bulgarian, Italian, and Latin American Older
Population. *Journal of Aging and Health*, 23(4), pp.629–681. Available at:

<http://jah.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898264310390940> [Accessed May 23, 2016].

Núñez, I., 2011. *Personas Mayores en Uruguay con limitaciones permanentes o en situación de Discapacidad*, Montevideo.

Núñez, S., 2013. *Cuidados en personas con limitaciones. Informe censo 2011*, Montevideo: MIDES.

Salas Rosso, F. (2012a) “Servicios, prestaciones y convenios para el cuidado de los familiares del personal del Estado”, Informe preliminar presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el GT del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

..... (2012b) “Prestaciones ofrecidas por los sindicatos para el cuidado de los familiares de sus afiliados”, Informe presentado el 10 de diciembre de 2012 en el marco de la consultoría solicitada por el GT del Sistema de Cuidados y el Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Sistema de Información de Género (2013) Estadísticas de género 2012. Evolución de los indicadores de género en el período 2009-2013. INMUJERES

Thomas, Carol (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados, en C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Sitios web consultados

CEPALSTAT:

http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/web_cepalstat/Portada.asp?idioma=i

BANCO MUNDIAL: <http://data.worldbank.org/>

MIDES Observatorio Social:

[http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=mides\(ppal\)](http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=mides(ppal))

MIDES Sistema de Información de Género:

<http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=inmujeres>

MIDES Sistema de información sobre Vejez y Envejecimiento:

<http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=sistema%20de%20vejez%20y%20envejecimiento>