Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud

Karina Batthyány^{*}

Natalia Genta^{**}

Valentina Perrotta^{***}

Resumen

Este artículo presenta algunos de los resultados del proyecto de investigación CSIC I+D “Cuidados no remunerados: el aporte de las mujeres y las familias al sistema de salud en Uruguay”. Este proyecto tenía como objetivo brindar conocimiento fundamental sobre el concepto y características del sistema doméstico de cuidado en salud y su articulación con el sistema institucional, 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. Se implementó en este marco la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud, primera realizada en el país. Los resultados muestran la alta proporción de cuidados de salud no remunerados que proveen los hogares y particularmente las mujeres respecto a los cuidados institucionales.

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. De esta forma 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. El país discute la implementación del Sistema Nacional de Cuidados, colocándose como uno de los países pioneros en la región en la consideración de los cuidados como un problema público y asumiendo el Estado un rol clave.

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 B. 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. Esto tiene consecuencias de género relevantes para la

^{*} Doctora en Sociología. Profesora Agregada Grado 4 del Departamento de Sociología karina.batthyany@cienciassociales.edu.uy

^{**} Magister en ciencias sociales con mención en género y desarrollo. Candidata a Doctora en Sociología por la Universidad de la República. Asistente Grado 2 del Departamento de Sociología natalia.genta@cienciassociales.edu.uy

^{***} Magíster en Género, Sociedad y Políticas. Socióloga. Ayudante Grado 1 del Departamento de Sociología valentina.perrotta@cienciassociales.edu.uy

condición de las mujeres en la sociedad, pues cuando las mujeres de las familias son las principales proveedoras del bienestar, éstas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar 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/as, personas mayores, discapacitados) 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 ejercer los derechos vinculados a su ciudadanía social.

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 de los/as cuidadores/as. Sin embargo, estos servicios constituyen sólo 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.

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 no) 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 de las necesidades específicas de cuidados en salud y de la vulnerabilidad del sistema sanitario (apoyado en las familias y en un modelo familiar biparental con hijos en donde se proveen cuidadores) ante el endurecimiento de la crisis de cuidados, y las desigualdades de género que el mismo entraña han derivado en una serie de cuestionamientos.

¿Quiénes asumen los costos del cuidado en salud no remunerado?, ¿Qué perfil tienen las personas cuidadoras en salud no remuneradas?, ¿A quiénes cuidan? ¿Cuál es el vínculo que mantienen con el sistema institucional de salud? Estas son algunas de las preguntas cuyas respuestas se desarrollarán a continuación. Las mismas derivan del análisis de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (Uruguay 2013) realizada por el Equipo de Relaciones de Género del Departamento de

Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República¹ con el financiamiento del Programa Investigación y Desarrollo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica.

Los cuidados en salud no remunerados

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 cuidado² se ha trabajado con aquella que ha resultado útil para la incidencia en las políticas públicas. De esta forma, se conceptualizó 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. Engloba, por tanto, hacerse cargo de los cuidados materiales que implican un “trabajo”, de los cuidados económicos que implican un “costo económico”, y de los cuidados psicológicos que implican un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y también de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada³ (Aguirre, 2003, Batthyány, 2004). Los cuidados no son por definición en sí mismos de carácter remunerado o no remunerado, esto surge como consecuencia de elecciones políticas, valoraciones culturales compartidas y sistemas de género.

La especificidad del trabajo de cuidados 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 construir las y mantenerlas.

Fuera del marco familiar, el trabajo de cuidados está marcado por la relación de servicio 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 esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales⁴. (Aguirre, 2003, Batthyány, 2004)

¹¹ El proyecto de investigación que da origen al artículo 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.

² 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)

³ Esta definición fue inspirada en los aportes de Letablier (2001)

La investigación que da lugar a este artículo se propone generar conocimiento respecto a una de las dimensiones del cuidado: la que contempla a los aspectos materiales que pueden medirse en horas. Dicha investigación se sitúa en uno de los ámbitos donde se brinda cuidado que es el doméstico, a través trabajo no remunerado.

En este sentido, la encuesta sobre los cuidados no remunerados en salud permite conocer las desigualdades de género en la provisión de cuidados en salud en los hogares así como sus vínculos con el sistema institucional de salud.

Por otra parte, resulta necesario definir conceptualmente a la salud para comprender mejor el alcance de los cuidados no remunerados en salud. La Organización Mundial de la Salud definió en 1946 a la salud como: *“Completo estado de bienestar física, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalideces”*. (OMS, 1946) Esta definición complejiza y amplifica la concepción de salud que existía hasta el momento, la cual estaba definida a partir de la oposición (o negación de) la enfermedad⁵.

A partir de los avances en el campo de la psicología y las ciencias sociales, la OMS incorpora tres tipos de componentes a su definición de salud: físico, psíquico y social, los que superan una definición basada estrictamente en la manifestación física de las enfermedades. La prevención, que permanecía excluida en una conceptualización de la salud como mera ausencia de la enfermedad, queda así incluida en esta nueva definición, entendiéndose como un aspecto fundamental en los procesos de salud.

La relevancia de estos tres componentes fundamentales en la definición de salud permiten concebirla desde la intervención pública, a partir de la generación de políticas públicas que consideran la incidencia de los comportamientos sociales y la organización social en las prácticas de salud.

A pesar del avance que significó esta nueva definición, se presentaron críticas relacionadas sobre todo a las dificultades relacionadas a su operacionalización por considerar que la definición no permite identificar los límites de la salud, y por tanto impide medirla empíricamente (Salleras-Sanmartí, 1991 Contandriopoulos, 2006 Evans, 1996 y Terris, 2003). En este sentido se expresa: *“La salud no es un concepto científico mientras que la enfermedad si lo es. Los conocimientos científicos sobre la enfermedad revelan pocas cosas sobre la esencia de la salud. La salud es silenciosa, mientras que la enfermedad es ruidosa, charlatana, cuantificable.”* (Cangulihe, 1990 en Contrandriopoulos, 2006). Evans (1996) también subraya la débil utilidad operacional del concepto así definido, ya que según esta definición, la “salud” es todo, es decir, nada en particular.

Otra de las críticas destacadas sobre esta definición es la equiparación de “bienestar” y “salud” (sentirse bien no es igual a ser saludable). Por otra parte, la definición de OMS implica concebir a la salud como una categoría estática y total, ya que solo son saludables quienes consigan un estado completo de bienestar psíquico, físico y social, cuando en la mayoría de los casos se presentan diversos niveles o grados en los estados de salud. Por tanto la definición de la OMS es una situación deseable o una

⁵ Considerar a la salud como ausencia de enfermedad tiene al menos tres dificultades primero, la dificultad para definir el límite entre lo normal y lo patológico, segundo, la relatividad de lo considerado normal a lo largo del tiempo, y tercero, la poca utilidad para las ciencias sociales de construir una definición solamente a partir de lo que excluye sin identificar lo que incluye (Salleras-Sanmartí, 1991)

declaración de principios, más que la posibilidad real de alcanzarla para individuos y comunidades (Salleras-Sanmartí, 1991)

Por su parte la definición de salud de Terris reformula la de la OMS: “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 2003), identificando dos componentes, uno objetivo y uno subjetivo. El componente subjetivo de la salud es el bienestar (Sentirse Bien) el cual se expresa en diferentes grados: el bienestar es abundante cuando estamos saludables y es cada vez menor cuando nos acercamos a la enfermedad. En cuanto al elemento objetivo, que es crucial para la operacionalización, éste refiere a la capacidad de funcionamiento. La misma implica *“poder trabajar si son adultos, o estudiar si son jóvenes y poder relacionarse con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en la comunidad”* (Salleras Sanmartí, 1991). A mayores grados de salud es mayor la capacidad de funcionamiento y en estados de enfermedad esta capacidad disminuye.

Esta definición plantea la dificultad de la superposición de situaciones (de enfermedad leve, en primeras etapas, que no impida la capacidad de funcionamiento y no producen malestar), pero brinda un avance en cuanto a la operatividad del concepto. Integrando las consideraciones de Terris y aportando la integración del factor ambiental, Salleres-Samartí define a la salud como *“el logro del más alto bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que esté inmerso el individuo y su colectividad”*.

En cuanto a las definiciones contemporáneas de salud, en la carta de Ottawa la promoción en salud implica que para *“alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”* (Ottawa, 1986)

Es sencillo reconocer en este concepto varios de los aspectos que han sido expuestos más arriba y que forman parte de la discusión teórica e histórica de la definición de salud. La voluntad de establecer que la salud no es sólo un tema del sector sanitario es indiscutible en esta definición, que permite entrever que es necesario un compromiso de todos los ciudadanos, instituciones y agentes para el logro de una buena salud. Esta definición trata de contemplar varios aspectos que han sido criticados anteriormente: es positiva, no basándose en la ausencia de enfermedad, integra aspectos subjetivos y objetivos y se centra tanto en los individuos como en las colectividades.

La investigación que da origen a este artículo, cuyo objetivo es medir el aporte del sistema doméstico en la provisión de cuidados en salud, toma como referencia la definición de Ottawa, la cual destaca la importancia del aspecto social como clave para la promoción en salud.

Siguiendo la definición de Terris ,(2003) la especificidad del estudio que aquí se presenta se encuentra en medir el tiempo destinado al cuidado de personas que tienen disminuida su capacidad de funcionamiento. Este elemento objetivo de la noción de salud, resulta de gran utilidad para la medición pretendida en esta investigación. Sin desconocer todas las actividades de que están contempladas en la definición de salud,

como las de prevención de enfermedad por ejemplo, con fines operativos definimos los cuidados en salud no remunerados como aquellos cuidados cotidianos que son brindados a personas con su capacidad de funcionamiento disminuida debido a enfermedades crónicas o dependientes. Para poder medir los cuidados no remunerados en salud, es necesario diferenciar las actividades que se llevan a cabo en los hogares diariamente, que contribuyen a la prevención y promoción de salud, de las tareas de cuidado en salud 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 niños y niñas 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. Estos datos (y su respectiva medición en horas) están relevados en las encuestas de uso del tiempo realizadas en el país (Aguirre, 2003 Batthyany 2004, INE, 2008, Aguirre, 2009, Batthyany 2009) y no forman parte del objeto de estudio de esta investigación.

Esta investigación se centró en el segundo tipo de tareas, entre las cuales distinguimos cuatro tipos:

- 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 de trabajo de cuidados no remunerados en salud refiere entonces 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 pago alguno por ellas. También incluyen a los que no viven en el hogar y 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/as y niñas/as, ancianos/as dependientes, personas con discapacidad inhabilitados para autocuidarse, enfermos crónicos, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc.

Estrategia metodológica

El objetivo general del proyecto de investigación que da origen a este artículo es describir y cuantificar los cuidados de salud no remunerados que provee el sistema doméstico. Asimismo se busca conocer cómo se distribuye este trabajo entre varones y mujeres y cuáles son las consecuencias en la vida de éstos/as. El proyecto pretende aportar conocimiento fundamental sobre el concepto y características del sistema doméstico de cuidado en salud y su articulación con el sistema institucional, 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.

Las dimensiones en las que el proyecto indagó, algunas de las cuales son retomadas en este artículo, fueron las siguientes: 1) las horas de cuidado de salud no remunerado

provistas por varones y mujeres en las familias 2) los tipos de tareas de cuidados en salud no remunerada que se proveen 3) el perfil de las personas y de los hogares que brindan cuidados en salud no remunerado 4) la participación relativa de las familias en el cuidado de salud en comparación con las instituciones de salud y 5) las consecuencias percibidas por la dedicación al cuidado en salud no remunerado en las personas que los proveen.

Para dar cuenta de dichas dimensiones se implementó 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 en salud no remunerados, 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 en salud no remunerados y dichas investigaciones plantearon estrategias 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 confiable⁶.

¿Qué características tienen 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 en salud no remunerados. En Uruguay, el 17.5% de los hogares brindan cuidados en salud no remunerados.

Tabla 1: Hogares proveedores de cuidado en salud no remunerados.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	210	17,5
No	988	82,5
Total	1198	100

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

⁶ 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.

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 potenciales cuidadores y beneficiarios del cuidado en salud. Como se analizará más adelante, aproximadamente el 60% de los cuidados se realizan entre miembros del hogar.

Tabla 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	23,6	22,0
Biparental con hijos	37,7	30	31,8
Monoparental femenino	6	8,6	8,0
Monoparental masculino	0,3	1,1	,9
Extenso	14,3	4,4	6,7
Compuesto	15,3	8,9	10,4
Sin núcleo	1	1,2	1,2
Total	100	100	100

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

Respecto a los cuidadores/as, se observa el fuerte protagonismo de las mujeres, quienes representan el 76,6% de quienes brindan cuidados en salud no remunerados.

Tabla 3: Sexo de las y los cuidadores en salud no remunerados.

Varones	23,4
Mujeres	76,6
Total	100

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

Ahora bien, son particularmente un grupo de mujeres las que brindan en mayor medida estos cuidados. El tramo entre 46 y 65 años es el que presenta la mayor proporción de personas que brindan cuidados en salud no remunerados. Probablemente esto esté asociado a que en este tramo etario conviven personas que cuidan tanto a sus padres y madres adultos/as mayores como a sus nietos/as. 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 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 dónde 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. 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/as y personas 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.

Tabla 4: Edad de las y los cuidadores en salud no remunerados según sexo y de la Población Uruguaya

	Varones		Mujeres		Total	
	Cuidadores/as	Población uruguaya	Cuidadores/as	Población uruguaya	Cuidadores/as	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	100	100	100	100	100

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

¿Qué características tienen las personas que reciben cuidado no remunerado en salud?

Si bien en la población uruguaya los adultos mayores de 70 años representan el 10% de la población (ECH, INE, 2012), éstos son el 44.5% de la población que demanda cuidado 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%.

Tabla 5: Edades de beneficiarias/os de cuidados en salud no remunerados y de la población uruguaya.

	Beneficiarios/as 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	100

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

Respecto al sexo, los beneficiarios/as 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.

Tabla 6: Sexo de beneficiarias/os de cuidados en salud no remunerados.

Varones	37,5
Mujeres	62,5
Total	100

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

Los cuidados en salud no remunerados 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 cuidadores/as, 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.

Tabla 7: Tipo de vínculo entre beneficiario/a y cuidador/a por sexo del cuidador/a

	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	100	100

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

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.

Tabla 8: Sexo de las personas cuidadoras por 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 de Salud No Remunerados. 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 el 30.2% del cuidado que realizan los varones.

Tabla 9: Edad en tramos de los y las beneficiarias/os del cuidado por sexo del cuidador/a (porcentaje por columnas).

	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	39,5	42
Entre 70 y 79 años	11,5	16,1	15,5
Desde 80 años	18,8	27,6	25,5
Total	100	100	100

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

Horas de cuidado y vínculo con el sistema institucional

El promedio de horas semanales que la población menor de 65 años destina en Uruguay al cuidado en salud no remunerado 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, éstos últimos obtenidos a través de las Encuestas de Uso del Tiempo. Dicha diferencia probablemente se explique porque el cuidado de salud requiere un cuidado más intensivo durante el tiempo que se desarrolla una enfermedad⁷, a excepción de casos de personas con dependencia crónica, las cuales tienen mayores requerimientos de cuidados en forma permanente.

Tabla 10. Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado en salud según sexo del cuidador (Población hasta 65 años)

Varones	Mujeres	Total
---------	---------	-------

⁷ 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.

44	56	53
----	----	----

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Cuidados de Salud No Remunerados. 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 12% de los hogares que brinda cuidados no remunerados en salud, recibe apoyo externo para el cuidado de la salud de sus miembros.

El promedio de horas de cuidado externo que reciben los hogares es de 25 horas mientras que el promedio de horas que reciben por integrantes del mismo hogar es de 72 horas. Por tanto del total de horas que recibe un hogar, el 74% proviene de personas dentro del hogar.

Tabla 11. Promedio de horas de cuidado por tipo de cuidado en salud según cuente con apoyos externos al hogar.

	Horas de integrantes recibidas por el hogar	Horas de apoyo externo
Cuidados Específicos	13	30
Cuidados de Apoyo	24	15
Cuidados de Acompañamiento	30	23
Compras	2	4
Total	77	25

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

Consideraciones finales

En este artículo se presentaron algunos de 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 de cuidado que varones y mujeres brindan de cuidados no remunerados. Cabe destacar al menos dos hallazgos. Primero, 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. 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/as. La mayor carga de cuidado de salud a personas mayores tiene altos niveles de exigencia desde el punto de vista de quien cuida⁸ (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 anteriormente (Batthyány 2009)

Segundo, la alta proporción de cuidados de salud no remunerados que proveen los hogares (y las mujeres) respecto a otros tipos de cuidados. Este hallazgo abre la interrogante acerca del rol del Estado en la provisión de cuidados en salud, debida a la familiarización de esta prestación observada en este estudio. Cabe preguntarse cuál es el rol del sistema institucional de salud en la provisión de cuidados frente a enfermedades temporales, accidentes y enfermedades crónicas.

Estos hallazgos permiten visibilizar el aporte de los hogares y las familias al sistema de salud. En el marco de la construcción del sistema de cuidados 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.

Bibliografía

Aguirre, Rosario (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.

..... (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

⁸ Un estudio realizado anteriormente (Batthyany, Genta, Perrotta, 2013) indagó en el discurso experto sobre el cuidado de calidad para adultos/as mayores y para niños. En el caso de los adultos/as 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 adultos/as mayores.

Conrandiopoulos, André Pierre (2006) "Elementos para una topografía del concepto de Salud" Publicado en Rupturas, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Volumen 11 Número 1, pp.86-991.

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.

Evans, R.G., Barer, M.,&Marmor, T. (1996). Être ou ne pas être en bonne santé:Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Paris et Montréal : John Libbey Eurotexte et Les Presses de l'Université de Montréal.

INE (2008) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares" Disponible on line: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf>

Montaño, Sonia (2009) 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.

Letablier, Marie-Thérèse (2001) "Le travail centré sur autrui e sa conceptualization en Europe". En : Travail, Genre et Sociétés. No. 6.

Terris, Milton (2003) Journal of Public Health "Últimas Palabras" y "Definición de Salud Pública" de. Disponible on line: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021214>

Salleras Sanmartí (1991) "La salud y sus determinantes" en Anthropos revista de documentación científica de la cultura, Sociedad Urbana y Salud, nuevas ideas y planteamientos. Número 118 y 119. Madrid. Editorial Anpthropos, editorial del hombre.