

¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay.

Erika Van Rompaey y Sol Scavino.

Cita:

Erika Van Rompaey y Sol Scavino (2017). ¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/194>

¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay.

Erika Van Rompaey/

Sol Scavino Solari/

Resumen

La presente ponencia analiza el Programa de Asistentes Personales (AP), que brinda cuidados en domicilio para personas con dependencia severa del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay. Se busca examinar las condiciones en las que el trabajo de cuidados en domicilio es provisto y cómo ello impacta tanto en la garantía del derecho a ser cuidados en dicho ámbito, como en la reproducción de desigualdades de género. La hipótesis principal plantea que dadas las características del trabajo remunerado de cuidados en domicilio y sus elevados requerimientos técnicos, un modelo público de atención que contemple este tipo de servicios, requiere no sólo formación específica en cuidados de quienes realizan el trabajo de cuidados, sino también de la articulación en conjunto con una organización y regulación del servicio que brinde soporte técnico a quienes ejecutan la atención directa en el marco de condiciones laborales dignas.

Introducción

Latinoamérica, como otras regiones del mundo, se encuentra en una “crisis de cuidado”. Es decir, tiene un conflicto social en la provisión de cuidados, debido a un desfasaje entre la demanda y la oferta de los mismos (Bazo, 1998, Durán 2006, Iglesias, 2006, Escudero, 2007). Esto se debe a una serie de factores sociales, demográficos, económicos, culturales entre los que se destacan, los cambios en las familias, la lenta transformación de roles de género que se expresa su impulso en la incorporación de las mujeres al mercado laboral y su freno, en la falta de corresponsabilidad en el trabajo doméstico por parte de los varones y los procesos de envejecimiento poblacional.

Uruguay, es uno de los países pioneros en la región en transitar un proceso de envejecimiento poblacional (Paredes, et al. 2010). Tanto las tasas de natalidad y de mortalidad son muy bajas, lo cual nos coloca como un país que ha experimentado lo que en demografía llaman segunda transición demográfica. La misma, deja un saldo de personas que requieren cuidados en la vejez y, como se ha dicho antes, cada vez menos cuidadores, particularmente cuidadoras (Calvo et al, 2013), teniendo en cuenta que la población económicamente activa femenina aumentó de 40.4% en 1986 a 55.6% en 2013. La escasez de servicios públicos de cuidados particularmente en las últimas dos poblaciones mencionadas en nuestro país es sorprendente. La atención para personas mayores con dependencia y para personas discapacitadas es profundamente insuficiente y que es necesario avanzar en la regulación de los servicios y eventual clausura por incumplimiento de requisitos básicos (MIDES, 2014).

En respuesta a este fenómeno, se ha creado recientemente el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que pretende garantizar cuidados a la población dependiente y velar por los derechos de las personas a elegir ser o no cuidadoras y proporcionar las condiciones necesarias para llevar a cabo esa tarea, sin que la misma

sea un costo, o un riesgo social asumido individualmente (Rodríguez Cabrero, 2011). Para lograrlo, el SNIC tiene como objetivos modificar la actual división sexual del trabajo. Es decir que los planes y programas ofrecidos desde el SNIC deberían velar por la atención a la dependencia, a la población cuidadora a la vez de fomentar cambios culturales en el cuidado, que solo podrían lograrse con cambios en la estructura social de género (Risman, 2004).

Actualmente se están poniendo en marcha las primeras prestaciones algunas de ellas orientadas a las personas discapacitadas con dependencia, y enfermos crónicos (particularmente personas mayores), a saber: la tele asistencia, el programa de asistentes personales y los centros de larga estadía o de día.

La ponencia busca analizar las características del programa de asistentes personales bajo la hipótesis de que, dadas las características del trabajo remunerado de cuidados en domicilio y sus elevados requerimientos técnicos (Van Rompaey, 2015), un modelo público de atención que contemple servicios de cuidados en domicilio donde el derecho a recibir cuidados sea garantizado, requiere no sólo de la formación específica en cuidados de quienes se ocupan en la atención directa de las personas dependientes, sino que ello debe articularse en conjunto con una organización y regulación del servicio que brinde soporte técnico a quienes ejecutan la atención directa en el marco de condiciones laborales dignas.

Para ello, se reflexiona sobre algunos de los principales desafíos de la política pública orientada a proveer cuidados y atención a las personas en situación de dependencia en el Uruguay. También, sobre la protección y garantía del derecho a recibir cuidados, así como la modificación de los estereotipos y desigualdades de género. De manera más específica, estudia una de las principales prestaciones del Sistema Nacional de Integrado de Cuidados (SNIC), el Programa de Asistentes Personales (AP), para examinar sus características y las condiciones en las que el trabajo de cuidados en domicilio es provisto.

Las políticas de bienestar y de atención a la dependencia con perspectiva de género

Entendido como una actividad indispensable para la reproducción humana, el cuidado tiene un rol central que es cada vez más reconocido y problematizado desde las ciencias sociales. Desde allí se lo ha señalado como una categoría analítica, a partir de la cual es posible explorar las formas que adquiere la división sexual del trabajo mediante el estudio de las conceptualizaciones de género subyacentes en los distintos estados de bienestar social y, en particular, de las políticas públicas orientadas a atender las necesidades de las personas en situación de dependencia, entre las que se encuentra el cuidado.

Así, y a pesar de las ambigüedades presentes en su definición, Daly y Lewis (2011) proponen que el cuidado puede significar una categoría de análisis de los Estados de Bienestar. Al comprender la forma en la que dichos Estados conceptualizan y trabajan (o no) con los conceptos de cuidados es que se puede conocer realmente cómo es la forma y la naturaleza de dichos Estados de Bienestar (Daly y Lewis, 2011: 226). El cuidado, como cuidado social (“social care”) admite la revisión de los derechos y los deberes de ciudadanía (Lewis, 1998 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011) y permite cuestionar y evaluar los modelos sociales y las respuestas colectivas a la resolución del bienestar (Izquierdo, 2004, Vega, 2009, Tobío et al, 2010 en Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Este análisis supone que en cierto punto los Estados de Bienestar se enfrentan el desafío

de lograr equidad en la participación de los distintos sectores que son fuente de bienestar (Estado, mercado, familia y comunidad) y entre varones y mujeres. Esto exige el diseño de una nueva organización social del cuidado que abogue por el estímulo a la corresponsabilidad (Adelantado et al, 1998; Daly y Lewis, 2000). En base a esta idea se han realizado varias caracterizaciones a partir de cómo se organiza el cuidado entre los actores proveedores de bienestar. Por ejemplo, Torns (2008) y Martínez Buján (2010) recuerdan la distinción entre los modelos de bienestar y los modelos de cuidado. En los primeros, las políticas públicas de bienestar se generan en torno a los derechos de los trabajadores del mercado de empleo, a través de los cuales se genera el acceso a los derechos para el resto de los integrantes de las familias. Los segundos proponen universalizar sistemas de cuidado para atender a las personas dependientes y a los cuidadores, dado que consideran al cuidado como un derecho de ambas partes e independiente de la situación de las personas respecto al mercado laboral (Torns, T. 2008, Williams y Gavana 2008 en Martínez Buján, 2010).

Aguirre (2003) clasifica a los Estados como familistas (la responsabilidad del bienestar es de las familias y las mujeres) y desfamiliarizadores (hay una derivación de funciones de cuidado, tareas domésticas hacia el estado y mercado). Este último modelo permite pensar la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y hogares, en la realización de las tareas necesarias para proveer de bienes y servicios a la población pero particularmente para generar una nueva organización social del cuidado. Según Martínez y Voorend (2013) el primer tipo de Estados clasificados por Aguirre son los preponderantes en Latinoamérica. Lejos de estimular la corresponsabilidad entre sectores, los Estados en la región cuestionan poco el rol de las mujeres en el trabajo no remunerado de cuidados o directamente se basan en él para la aplicación de las políticas públicas y la generación de productos necesarios para el bienestar de la población.

En este marco, las políticas de atención a la dependencia pueden reproducir el familismo y la feminización del cuidado existente en la región o bien contribuir a modificar estos aspectos que van en detrimento de la autonomía de las mujeres y la equidad entre los géneros. En esta línea, si las políticas de cuidado se plantean como políticas de atención a la dependencia, centradas en las personas que requieren apoyos para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana y dejan de lado a la población trabajadora de cuidados (remunerada o no) y las condiciones en las cuales dicho cuidado es provisto, probablemente se reproduzca la desvalorización del trabajo de cuidados que tiende a invisibilizar los elevados niveles de cualificación requeridos para cuidar a las personas en situación de dependencia, más cuando ello se lleva a cabo en el domicilio de las mismas (Van Rompaey, 2015).

Cuidados como trabajo, trabajo femenino socialmente desvalorizado.

El cuidado es un concepto en discusión, aunque podría encontrarse algunos elementos en común para su definición (Batthyány, 2015). Primero, el mismo es una actividad que implica prestar ayuda o brindar apoyo para el desarrollo de personas dependientes (que no pueden desarrollarse de manera autónoma por sí solas), como es el caso de los niños pequeños, algunas personas mayores, discapacitados y enfermos. Dicha actividad tiene varias dimensiones como la material (implica costos de oportunidades, de tiempo, económicos) pero también la vincular (suele existir un nexo emocional entre cuidadores y cuidados que es reconocido por su importancia en la tarea).

El cuidado es una actividad que se caracteriza por ser realizada por mujeres. Es comúnmente llevado a cabo en el ámbito doméstico sin percibir una remuneración a

cambio. Pero la tendencia a la mercantilización del cuidado ha generado un nuevo espacio en el mercado laboral que fue ocupado mayoritariamente por mujeres que trabajan en otros hogares, en instituciones y perciben un salario por ello (Aguirre, 2013).

El mismo, puede ser considerado un trabajo o no. En caso de ser considerado como tal, la existencia de un vínculo emocional trascendente en la tarea, distingue al trabajo de cuidados de otro tipo de trabajo remunerados y de otros tipos de trabajo no remunerados (Aguirre, et al. 2014).

El trabajo emocional del cuidado es quizá su dimensión más invisible, así como la más ardua. Hochschild (1983), definió al trabajo emocional de cuidados como actividad que «requiere inducir o suprimir sentimientos en orden de mantener la expresión externa que produce cierto estado de ánimo en los otros, en este caso, el sentirse cuidado de una forma agradable y segura» (1983: 7). El trabajo emocional (*emotional labour*) es distinto del trabajo de las emociones (*emotion work*) ya que el primero se realiza exclusivamente a cambio de una remuneración y está guiado por los imperativos y las normas de la organización o empresa.

El concepto de cuidados como trabajo remunerado (*caring work*) presentado por Celia Davies (1995) plantea que el mismo comprende una amplia gama de trabajos caracterizados por relaciones interpersonales y que se estructura en torno a diversas configuraciones. Diferenció tres grandes tipos de cuidado: *care-giving*, *carework* y *professional care*. Dar cuidado (*caregiving*) hace referencia a la actividad de cuidado en general que se orientada hacia la provisión de cuidado como actividad en términos generales con independencia de quién, cómo y en qué condiciones sea realizada. La actividad de cuidado concebida como trabajo remunerado (*carework*) abarca a todo el conjunto de trabajos remunerados de cuidados no profesionales, ya sea ligado a personas en situación de dependencia o no. Por último, el denominado cuidado profesional (*professional care*) refiere al trabajo remunerado de cuidado llevado a cabo de manera profesional, caracterizado por la formación específica y sistemática de sus trabajadoras.

Con relación al estudio de las características o los rasgos distintivos del trabajo remunerado de cuidados, diversos autores (Waerness, 1984; Hochschild, 1998; Cancian y Oliker, 2000; England, 2005; entre otros), comparten la idea de que el cuidado es una actividad generalizada debido a la naturalización del trabajo de cuidados como un trabajo que compete a las mujeres (como tarea reproductiva y apuntalado en el evento biológico de que las mujeres quedan embarazadas) (Cancian y Oliker, 2000). En este sentido, el sistema de género en las sociedades occidentales actuales impacta en la desvalorización del trabajo de cuidados, al igual que otros trabajos en los que la participación de las mujeres es mayoritaria. La desvalorización del trabajo femenino suele expresarse en la falta de reconocimiento de la importancia de la tarea (desvalorización simbólica) y en una mala o una no remuneración por la realización de dicha tarea (desvalorización económica). Al respecto, Kaplan (1987) y Davies (1995) afirmaron que la desvalorización social de la actividad de cuidado es mayor y más evidente cuando esta es llevada a cabo de forma remunerada sin estar sujeta a control o regulación burocrática, tal como fue constatado por Waerness (1992) en su investigación sobre las trabajadoras domésticas remuneradas.

En cuanto a las características globales del trabajo remunerado de cuidados, diversos investigadores consideran que la desvalorización social del cuidado se traspolo al ámbito de las profesiones, donde las ocupaciones en el sector de los servicios personales en general y de cuidados en particular, se caracterizan por ser poco reconocidas y valoradas (Gomez Bueno, Daune-Richard, 1995; Abbot, 1988; Cameron y Moss, 2007; Torns *et al.*, 2009; Recio, 2014).

Davies (1995), plantea que otra de las características generales asociadas a los trabajos remunerados de cuidado de personas es que son altamente demandantes, en tanto implican lidiar con la incertidumbre asociada a la imprevisibilidad y gravedad de las situaciones que suelen emerger cotidianamente en la vida de quienes son cuidados. Otra de las características de los trabajos remunerados de cuidados son sus riesgos laborales específicos. Los trabajos que implican atención directa con público se distinguen por la alta carga emocional asociada a la práctica de trabajo cotidiano de atención a personas y los riesgos laborales específicos tales como el síndrome de quemazón emocional (Brotheridge y Grandey, 2002; Zapf, 2002; Ortega y López, 2004).

En relación con el trabajo de cuidados que se lleva a cabo en el domicilio de las personas atendidas, Davies (1995) y Recio (2014) sostienen que este presenta un rasgo único que es el aislamiento y la consecuente soledad en el ámbito laboral respecto a otros trabajadores/as.

Finalmente, siguiendo la línea de lo que plantea Torns (2008), el reconocimiento del cuidado como un trabajo y su valoración social (tanto simbólica como material) es necesario para generar condiciones laborales que permitan profesionalizar servicios domésticos y de atención a la vida diaria. Ello permitiría dignificar empleos altamente feminizados que se destacan por su precarización, informalidad y simbolización asociada al servilismo (Torns, T 2008: 69). En particular, en el caso del trabajo remunerado de cuidados en domicilio de personas dependientes, a pesar de sus elevados requerimientos técnicos (grados de responsabilidad, autonomía, riesgos laborales, competencias laborales específicas), las condiciones laborales suelen ser malas (Van Rompaey, 2015).

La creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados como respuesta pública al problema de los cuidados.

En Uruguay, en respuesta a la crisis del cuidado se ha creado recientemente el SNIC. Se habla de crisis de desde la demografía como un aumento de la población dependiente (principalmente personas mayores) en relación a las personas no dependientes, una sobredemanda de cuidados, en relación a una escasa oferta de personas cuidadoras. Un constante aumento de la “brecha de cuidados” (Pickard, 2015).

En términos sociológicos, de manera poco exhaustiva, podría decirse que la crisis de cuidados responde a cambios en la concepción de las familias, cambios de género (entre ellos el aumento de la población económicamente activa femenina, y una carga de doble trabajo femenino que dificulta e impide el ejercicio de derechos ciudadanos, limita las oportunidades de desarrollo en distintos ámbitos generando condiciones de desigualdad entre varones y mujeres), cambios en los valores y prácticas en torno a lo colectivo y lo individual (procesos de individualización), así como al valor de la vida y su duración.

Respecto a esto último, Durán (2000) señalaba que la proporción de enfermos en relación a las personas sanas tiende a aumentar, lo cual se vincula con que los avances técnicos de la medicina, han apuntado a alargar la vida pero no a hacerla más saludable.

El progresivo envejecimiento de la población uruguaya, evidenciado por el progresivo aumento de la proporción de personas de 65 años y más que pasó del 2,5% del total en 1908 a 13,4% del total de la población en 2014 (Paredes, Ciarnello y Burnet, 2010: 15), trajo aparejado que la sociedad tenga que hacer frente al aumento de la población dependiente. Si bien no todas las personas discapacitadas o mayores están en situación de dependencia, una parte de ellas necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Frente al aumento de las personas dependientes, la respuesta a las necesidades de cuidado de las mismas ha recaído y ha sido asumida por las mujeres de las familias otorgando cuidados no remunerados. No solo los cuidados dirigidos a las personas dependientes por la disminución de su autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana por motivos físicos y mentales, sino que también han asumido el cuidado que los niños y niñas requieren para su desarrollo.

Así lo han mostrado las Encuestas de Uso del Tiempo, cuya última medición en Uruguay (2013) muestra que en los hogares en donde se convive con niños menores de 12 años, 8 de cada 10 mujeres cuidan de manera no remunerada un promedio de 22 horas semanales, mientras que lo hacen 6 de cada 10 varones, 7 horas promedio menos que las mujeres (Batthyány, 2015: 99). En los hogares en los que hay presencia de personas con discapacidad dependientes, también cuidan 8 de cada 10 mujeres un promedio de 47 horas semanales y 5 de cada 10 varones, 49 horas semanales. En el caso de las personas mayores dependientes, los datos son débiles por la cantidad de casos, pero se estima que cuidan 6 de cada 10 mujeres mientras que lo hacen 4 de cada 10 varones (Batthyány, 2015: 99). También, a nivel nacional la Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud, ha mostrado que de las personas que brindan cuidados no remunerados a personas con enfermedades crónicas o agudas, el 77% son mujeres y dedican 56 horas semanales promedio a la realización de dichas actividades (Batthyány, Genta y Perrotta, 2017: 205).

En este contexto, debido a la articulación de la generación de conocimiento por parte de la academia, la politización del problema promulgada por las organizaciones de la sociedad civil y los actores de gobierno, el cuidado ha tomado un lugar en la agenda pública uruguaya en la cual desde 2010 se ha planteado la creación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), con el objetivo de redistribuir el trabajo de cuidados entre familia, Estado, comunidad y mercado, y entre varones y mujeres (Aguirre, et al, 2014).

El SNIC se ha gestado durante un largo tiempo de discusiones políticas y sociales y en 2015 se publicó el Plan Nacional de Cuidados a ejecutarse desde 2016 hasta 2020. En el mismo se establecen los objetivos del sistema, las poblaciones objetivo con las que trabajará y qué acciones se prevén para el mencionado período.

Dentro de los objetivos que el SNIC se plantea, aparecen como objetivo general

“Garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres” (SNIC, 2015: 11).

Para dar cuenta del mismo, se plantean como objetivos específicos el aumento de la cobertura y mejorar la calidad de servicios para la primera infancia, mejorar la atención de personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, el fortalecimiento de capacidades institucionales y su mejora continua, la constitución de un marco legal para que se reconozca el derecho a cuidar y ser cuidado en condiciones de calidad, el desarrollo de oferta de formación para el trabajo de cuidados, la producción y gestión de la información oportuna y pertinentes sobre los sujetos de la política y las prestaciones y efectos del SNIC, la generalización del reconocimiento público del derecho a los cuidados mediante una estrategia comunicacional que contribuya a generar una transformación cultural para un mayor compromiso de corresponsabilidad social en los cuidados (SNIC, 2015: 11).

En el mismo plan, el sistema toma una definición de dependencia amplia en la que integra la situación de niños/as y de personas mayores y discapacitadas en situación de dependencia. La misma establece que son personas dependientes aquellas que *“requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria”* (SNIC, 2015:8).

En este marco, el SNIC se propone generar servicios y prestaciones de cuidados para satisfacer las demandas de cuidado de la población no cubiertas por el Estado con el objetivo de alivianar la carga de cuidados de las familias. Los mismos difieren según la población objetivo. Para hacer frente al déficit de opciones de cuidado infantil, se plantea el aumento de la cobertura de centros de cuidado, fundamentalmente de los que trabajan con niños de 0 a 3 años, donde hasta ahora la cobertura es escasa y mayoritariamente privada (Batthyány, Genta y Scavino, 2016). También se busca fomentar la utilización por parte de varones de las licencias parentales y mejoras en sus condiciones. Se plantea la creación de casas comunitarias de cuidados y la realización de transferencias económicas como son las Becas de Inclusión Socio-Educativas, que permiten la articulación entre algunas actividades de la madre y los cuidados de los niños/as.

Por otra parte, los servicios y prestaciones que se dirigen a la población con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia son de menor variedad, y se plantean en un escenario de mayor carencia de servicios preexistentes, en relación a los centros de cuidado infantil. En Uruguay, el servicio de acompañantes así como la posibilidad de contar con centros de larga estadía para el cuidado de personas dependientes está fuertemente segmentado por el poder adquisitivo de los hogares, ya que la oferta es escasa, privada y cara. Según los datos del Censo 2011, se estima que 2,5% de las personas mayores vive en centros de larga estadía. Desde el Instituto de las Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social, se lleva a cabo un censo de establecimientos de larga estadía, para su identificación y regularización (se declara una gran presencia de centros de larga estadía de carácter informal en el ámbito privado. Los primeros resultados, han mostrado la existencia de 1030 centros en Uruguay, de los cuales 75% son residenciales, 7% hogares sin fines de lucro, 5% servicios de inserción familiar y un 13% restante que no se clasifica en ninguna de las categorías anteriores (SIVE, 2015).

En el contexto de informalidad de los servicios y de la privatización de los mismos, el derecho a recibir cuidados por parte de las personas mayores, y probablemente suceda lo mismo con las personas discapacitadas en situación de dependencia está sujeta a la posibilidad de contratación de los hogares, y, en los casos de contratación de servicios informales puede llegar a implicar un riesgo de vida para estas personas^[1].

Las prestaciones que el SNIC se plantea ofrecer específicamente a personas en situación de dependencia, entendiéndose como *«el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria»*^[2], consisten en: un programa de Teleasistencia^[3], creación de centros de larga estadía y de día y reconfiguración del programa de Asistentes Personales (AP) para la atención de las personas discapacitadas que existía desde 2014 en la órbita del Banco de Previsión Social, asociado a las pensiones por discapacidad severa.

Este último, AP, busca brindar apoyo a los familiares de personas en situación de dependencia. La Asistencia Personal se define como *“el servicio que atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas de la*

vida diaria (por ejemplo alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras)^[4].

Se trata de la presencia de un/a cuidador/a, que brinda ayuda profesional (se exige un curso de 90 horas proporcionado por el Sistema Nacional de Cuidados), pero que no puede suplir intervenciones profesionales. En los artículos publicados por el Ministerio de Desarrollo Social en su página oficial, se establece que uno de los objetivos principales *“es priorizar las acciones de cuidado en domicilio con el objetivo de compartir las tareas de cuidado entre el Estado y las familias”*.

El Programa AP cuenta con dos tipos de componentes. Por un lado, una transferencia monetaria hacia las familias cuyos ingresos no excedan once BPC (36740 pesos per cápita de ingresos mensuales) para el pago de un Asistente Personal. Transferencia que consiste en una liquidación y pago de 11.862 pesos uruguayos nominales^[5] (400 dólares) por 80 horas mensuales de trabajo.

El segundo componente se orienta a la formación de Asistentes Personales a partir de un curso de 90 horas en total que los habilitará a realizar su trabajo. Asimismo, el Programa crea un registro de Asistentes Personales habilitados que ofrece a las familias interesadas en ello. La elección del Asistente Personal, puede ser por parte del beneficiario quien puede optar por contar con un Asistente Personal de la bolsa de trabajadores que se formarán desde el SNIC, o bien proponer a alguien con quien ya tenga una relación de cuidados para que pueda formarse como Asistente Personal.

Esta prestación es incipiente y plantea desafíos en materia de a quiénes se dirige, es decir, quiénes pueden acceder al subsidio económico, así como en qué condiciones se lleva a cabo el trabajo de cuidados remunerado en domicilio en tanto ello tienen efectos respecto a la modificación de la naturalización de los cuidados como una actividad típicamente femenina y socialmente desvalorizada. Estos aspectos serán abordados a continuación con el fin de poder dar cuenta de los elementos que favorecen o desfavorecen la protección del derecho a ser cuidado y la deconstrucción de los estereotipos de género asociados al feminizado y socialmente desvalorizado trabajo de cuidados.

¿Cómo afecta la progresividad y la selección de la población objetivo del programa AP a garantizar el derecho a recibir cuidados en domicilio?

En su especificación se plantea que el Programa de Asistentes Personales, que está dirigido a apoyar en el cuidado de personas de entre 0 a 29 y 65 años y más que tengan discapacidad severa y que no vivan en hogares colectivos. Sin embargo, la inclusión de los beneficiarios es progresiva y en 2016 y 2017 podrán recibir Asistentes Personales del SNIC los menores de 29 años y mayores de 85 años, dejando por fuera al resto de la población en situación de dependencia y, particularmente, a las personas mayores de 65 años a 85 años entre quienes las situaciones de dependencia para las actividades de la vida diaria son altas.

Según los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2015 del Banco de Previsión Social, de las personas con discapacidad el 45% manifiesta necesidad de un Asistente Personal por no poder realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo esto es distinto entre varones y mujeres según el tramo de edad. De los varones discapacitados que declaran necesitar atención personal el 25,6% tiene entre 0 y 25 años; mientras que el 38,9% son varones de 65 años y más. En el caso de las mujeres la proporción de discapacitadas que necesitan un asistente personal es mayoritaria en el caso de las mujeres viejas, de 65 años y más, ya que representan un 62,5% del total de

las mujeres que precisan Asistentes Personales. Las que tienen entre 0 y 25 años representan el 12,4% del total. (BPS, 2015). A su vez, en un primer acercamiento a la medición de la dependencia realizado por dicha encuesta indica que un 14% de las personas de 65 años y más (cerca de 65380 personas) manifiestan tener dificultad para realizar al menos una actividad de la vida diaria, de las cuales un 9% declara tenerlas siempre (BPS, 2015). Y si bien, en el tramo etario de 85 años y más es donde hay mayor prevalencia de la dependencia (31,6%⁹, seguido del tramo de 74 a 85 (16,7%) y siendo menor el porcentaje de personas con dependencia de 65 años a 74 (8,3%), la cantidad de personas de 85 años y más es significativamente menor que la cantidad de personas entre 65 y 75. Es por esto que la progresividad de la prestación hace que, a dos años de la existencia del SNIC, sólo una población muy focalizada por edad y dependencia pueda acceder a la misma. Ello pone en tela de juicio que el derecho a ser cuidado de las personas en situación de dependencia sea efectivamente garantizado por medio de la intervención del programa de Asistentes Personales.

A lo anterior se le añade un segundo motivo que limita el acceso a la prestación y merma la efectiva protección del derecho a ser cuidado. Como fue anteriormente señalado, el Programa AP, considera el poder adquisitivo de los hogares para otorgar el subsidio económico para el pago de un Asistente Personal. El copago es progresivo en relación a los ingresos de los hogares, aquellos de mayores niveles de ingresos, pagan el 100% del costo.

Como resultado de la actual focalización del Programa, en 2016, se estimó la atención a 3500 personas con dependencia severa^[6], en el marco del establecimiento de un régimen de copago.

¿Cómo afectan las características del Programa AP a la desvalorización del trabajo de cuidados en domicilio?

Para poder analizar las condiciones del trabajo de las Asistentes Personales que el Programa AP y cómo ello impacta en la desvalorización del trabajo de cuidados en domicilio es preciso tener en cuenta cuáles son las características y requerimientos técnicos del trabajo de cuidados en domicilio. En este sentido, un aspecto que distingue al trabajo remunerado de cuidados en domicilio de otro tipo de trabajos remunerados de cuidados es la gran responsabilidad de quien cuida respecto al bienestar de la persona cuidada. Dicha responsabilidad es aún mayor, así como los márgenes de autonomía son elevados, cuando la atención y los cuidados son provistos en los domicilios de las personas cuidadas, dado que la atención implica la resolución de muchos de los problemas que emergen en el domicilio, donde sucede la vida íntima de las personas cuidadas. Todo ello debe ser asumido por las trabajadoras en un contexto de aislamiento físico y soledad respecto a otras trabajadoras (Van Rompaey, 2015).

De manera más específica, el trabajo de cuidados en domicilio consta de dos dimensiones centrales que estructuran las prácticas y rutinas de trabajo diarias: la física y emocional. La primera implica brindar soporte físico para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, higienizarse, alimentarse, trasladarse, etc.) y el cara más visible (y usualmente explicitada y regulada del trabajo). La segunda, supone proveer de soporte emocional a las personas atendidas (escucharlas, animarlas, consolarlas, etc.) y es la cara más invisibilizada del trabajo. A su vez la dimensión emocional del trabajo, también requiere de la gestión o regulación de las propias emociones de la trabajadora tanto en el puesto de trabajo como fuera de él. Como bien indicaba Hochschild, la regulación de las expresiones externas de las emociones en las situaciones de trabajo,

pero sobre todo la regulación interna de las emociones en tanto aspecto fundamental e imprescindible para hacer frente a las consecuencias negativas asociadas a la alta carga emocional que supone lidiar con personas que padecen de múltiples problemáticas ligadas a su condición de dependencia.

De ambas dimensiones del trabajo señaladas deviene riesgos laborales específicos. Las tareas físicas que las trabajadoras tienen que realizar para brindar soporte físico a las personas dependientes suelen traer aparejadas problemáticas de salud entre las que suelen encontrarse los problemas de espalda, rodillas, cansancio, entre otras (Van Rompaey, 2015). Vinculada a la dimensión emocional del trabajo aparecen riesgos laborales ligados a la sobrecarga emocional inherente a la atención a personas en condiciones que suelen ser de gran vulnerabilidad física y emocional y la consecuente necesidad de resolver o brindar respuesta ante situaciones de emergencia que suelen ser imprevisibles y que ocurren de forma permanente en el domicilio de las personas en situación de dependencia severa..

Por último, este tipo de trabajo requiere de una amplia formación específica en cuidados que permita dotar a las trabajadoras de herramientas tanto teóricas (sobre salud en general y enfermedades específicas en particular) como prácticas (técnicas de higiene, movilización, etc.) para poder realizar el trabajo de manera adecuada o que al menos les permita a las trabajadoras mitigar los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo.

A continuación se analizan las principales condiciones en las que el trabajo de cuidado en domicilio es provisto en el marco del Programa AP y cómo ellas inciden en favorecer o no a la desvalorización del trabajo de cuidados.

Insuficiente Formación

Según se observa en los planteos del Programa de Asistentes Personales propuesto por el SNIC, el mismo está diseñado desde una lógica de atención a la dependencia, individualizada, en la cual el Sistema provee de un subsidio para el pago de trabajadoras/es por parte de los hogares, “calificados” para el cuidado con cursos de 90 horas semanales, siendo la exigencia del nivel educativo para los cuidadores tener primaria completa. Por un lado, dicha formación es escasa o insuficiente para dotar de herramientas adecuadas a quienes se ocupan en este tipo de empleo, teniendo en cuenta que en el caso barcelonés las trabajadoras en domicilio señalan que su formación básica (mínima) de 450 horas, es insuficiente para desempeñarse adecuadamente en el puesto de trabajo (Van Rompaey, 2015).

Falta de soporte técnico y mecanismos de prevención de riesgos laborales

Por otro lado, tal como está diseñado el Programa AP, no se prevé ningún tipo de soporte técnico a las trabajadoras que realizan el trabajo de cuidados en domicilio. En este sentido las Asistentes Personales no cuentan con una coordinación de referencia que pueda apoyar y asistir técnicamente a las trabajadoras cuando se presentan casos o situaciones complejas con las personas atendidas. Asimismo, tampoco se establecen mecanismos de prevención de riesgos laborales para un trabajo riesgoso como lo es el trabajo de cuidados en domicilio donde las trabajadoras se encuentran aisladas y deben asumir de manera solitaria la gran responsabilidad por el bienestar de la persona atendida (reuniones grupales de equipo, formación en estrategias de autocuidado, etc.).

Dado lo anterior, se considera que el Programa no contempla ninguna acción que tenga en cuenta que el trabajo de cuidados es un trabajo con altos riesgos a nivel emocional y físico por parte de los y las trabajadores, lo cual también implica una reproducción de las condiciones laborales que ya tienen los cuidadores remunerados formales o informales en Uruguay.

Bajo salario

El salario que se brinda a los cuidadores/as –asistentes personales- es muy bajo. Si se considera lo establecido como salario mínimo nacional (11.500 pesos en 2016). De esta manera, el trabajo de cuidados es mercantilizado por el propio Estado como un trabajo de los peores pagos. Esto refuerza un fenómeno que ya sucede con el trabajo doméstico y de los cuidadores a domicilio remunerados en nuestro país, representándolo como un trabajo de escaso valor. En vez de contribuir a que los salarios aumenten, a que los cuidados se valoren como empleo y se reconozca a través de la paga el fundamental aporte que en el mismo se encuentra para el sostenimiento de la vida, la capacidad de que las sociedades se reproduzcan y subsistan y su aporte al bienestar social.

El punto de partida en el trabajo de cuidados es que el mismo carece de valor social, asociado al servilismo y naturalizado como una tarea de las mujeres en el marco de las familias. Tal como se ha indicado más arriba, las encuestas de uso del tiempo indican la desvalorización de este trabajo es que en Uruguay ya que se realiza mayoritariamente de manera gratuita. Es decir, que mediante el mismo no se accede a un salario. Asimismo, cuando las personas trabajan en el mercado de empleo ofreciendo cuidados adquieren sueldos muy bajos y tienen trabajos mayoritariamente informales, que no les permiten acceder a derechos laborales y sociales básicos. Pero, el estímulo de la contratación de personal doméstico a domicilio que se encuentra en el programa de Asistentes Personales, podría significar una fuente de revalorización y reconocimiento de este trabajo si el mismo fuese muy bien pago. No obstante, se considera que la propuesta de Asistentes Personales del SNIC, no contribuye a crear mejores condiciones de empleo en el sector cuidados sino que se limita a imitar las condiciones de trabajo del sector cuidados en Uruguay.

Como muestra la tabla 1, las mismas son informales y precarias. En primer lugar, el sector cuidados está altamente feminizado (del total de los trabajadores el 95% son mujeres). EL 96% de trabajadores que realizan tareas similares a las de Asistencia Personal son mujeres con un promedio de edad más elevado en relación a la población ocupada total (50 años frente a 41)

Las condiciones de informalidad son frecuentes en el sector cuidados y se reflejan a través de indicadores como el aporte a la caja de jubilaciones (aproximadamente 7 de cada 10 trabajadores de cuidados similares a los asistentes personales declara no aportar a la caja, mientras que para el total de la población ocupada esta cifra se acerca casi a 3 de cada 10). También en el hecho de que 47% de los trabajadores de cuidados similares a los AP no cuenta con licencias vacacional otorgada por sus empleadores (87% declaran ser asalariados privados). Paradójicamente, la mitad de las personas que trabajan cuidando de personas dependientes, no cuentan con licencia por enfermedad o lesiones, mientras que lo hace el 89% de la población ocupada total.

Finalmente, dentro de los cuidadores que trabajan actualmente realizando tareas similares a las que harán los AP, se evidencia una mayor presencia de población afro o negra en relación a la población ocupada total y la incidencia de la pobreza en los trabajadores del cuidado (9,1% para los cuidadores en general y 9,7% para los

cuidadores similares a AP) pone en evidencia que la población de trabajadores de cuidados es vulnerada y desvalorizada ya que los ingresos mensuales que perciben son insuficientes para sostener una canasta básica en 1 de cada 10 cuidadores.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos sobre la población empleada en el sector “cuidados” y las características del empleo. Total país, 2014.

		Cuidadores[7]	Cuidadores similares a Asistentes Personales[8]	Población Ocupada (total)
Sexo	Varón	5,6	4	55,5
	Mujer	94,4	96	44,5
Edad (media)		42	50	41
Principal ascendencia	Afro o negra	5,8	6	4,7
	Blanca	91,1	91,3	93,4
Categoría de la ocupación	Asalariado privado	81,7	87	58
	Cuenta propia	10,8	12,4	21,4
Aporte a caja de jubilaciones	No	48,2	65,6	24,9
Pago de horas extra	No	20,4	27,6	8,7
Licencia vacacional	No	32,6	46,7	9,1
Licencia por enfermedad o lesión	No	36,9	52,1	11,7
Horas trabajadas por semana (promedio)		34	37	39
Ingresos por la ocupación principal (promedio)		10480,93	8776,77	21759,29
Pobreza según metodología 2006	Pobre	9,1	9,7	5,8

Fuente. Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta continua de Hogares, Instituto Nacional de Estadística. Uruguay, 2014.

Reproducción de los estereotipos de género el cuidado naturalmente femenino

El programa de Asistentes Personales dadas sus características no plantea ningún estímulo específico para que la población cuidadora sea compuesta por varones y mujeres de similar manera y si tomamos como referencia la oferta de personas en el sector cuidados y las preferencias de la población uruguaya en el cuidado en niños y adultos mayores familiares y femeninas (Batthyány Genta y Perrota, 2013). Es importante

recordar aquí que las familias pueden proponer a los asistentes personales, lo cual supone que la familia es el mejor actor para hacerlo, idea que es cuestionable debido a que no necesariamente las personas integrantes de las familias cuentan con la mejor información para elegir a los cuidadores y es probable que se orienten por que las cuidadoras sean mujeres. Esto nos lleva al segundo punto, que trata sobre el estímulo al cambio en la actual división sexual del trabajo. La misma se expresa entre el trabajo remunerado y el no remunerado, pero también al interior del trabajo remunerado, donde se visualiza una fuerte feminización de los trabajos peores pagos, más precarios y de baja calidad pero fundamentales para el bienestar social (como la educación, la salud o los cuidados) (Inmujeres, 2013: 30-31-32).

La escasa presencia de varones en trabajos remunerados de cuidados contribuye a reafirmar la feminización de la tarea y el estereotipo de mujer-madre-cuidadora.

La asistencia personal se plantea en el marco de los hogares, en donde las relaciones de poder (ya sea por parte de los familiares del dependiente, de los dependientes o de los cuidadores) están presentes y son más difíciles de regular y controlar por agentes externos. La familia y el hogar aparece como el entorno ideal para el cuidado sin ser problematizado, ni regulado por el programa. En este sentido, podrían existir protocolos de actuación de las trabajadoras en domicilio que pauten los límites respecto a las tareas a ser desarrolladas y las condiciones en las que éstas pueden o no ser realizadas. Sin duda, el control de las relaciones laborales en el espacio doméstico en el que puede darse una situación de abuso difícil de controlar por parte de los empleadores y el estímulo de participación en el trabajo de cuidados por parte de varones y mujeres parece fundamental a la hora de proponer acciones de cuidados que busquen la incorporación de una perspectiva de género y derechos de cuidado. Así, a pesar de que el Estado quiere responsabilizarse por alguna parte del cuidado (lo que indica luces en la intención y concientización de la problemática por parte del gobierno y el Estado), lo hace de manera tal que reproduce desigualdades de género y la falta de reconocimiento del valor social del trabajo de cuidados.

Tabla 2.

Resumen de las dimensiones y características del Programa de Asistentes Personales.

	Características del trabajo de asistentes personales propuestas por el SNIC	Dispositivo previsto en el Programa de Asistentes Personales
Grado de Autonomía por parte de las/os trabajadores	El trabajo de asistente personal se plantea como un trabajo autónomo por parte de los AP en los hogares, el SNIC aparece como "supervisor" del trabajo. Si función es de organismo al que acudir en caso de demandas o conflictos.	No está claro aún cómo será la supervisión de los asistentes personales. Para garantizar la autonomía vía el conocimiento que manejan los trabajadores, el SNIC brinda un curso de 90 horas en total para la

		formación de los AP.
Responsabilidad	La responsabilidad física y psíquica del trabajo de cuidados es asumida por el o la trabajadora de manera individual y aislada.	El SNIC no prevé mecanismos para que colectivizar la responsabilidad del trabajo de cuidados o garantizar condiciones de trabajo menos riesgosas en domicilio
Riesgos Laborales	No se mencionan en el diseño del programa de Asistentes Personales.	No hay mecanismos previstos para hacer frente a los riesgos laborales
Competencias Laborales específicas requeridas para el puesto	Se requiere tomar un curso básico de 90 horas semanales, por tipo de población con la que se pretende trabajar	Se ofrecen cursos dirigidos a personas de 18 años o más, con primaria completa
Valorización económica del trabajo	La remuneración máxima que puede brindar el estado por 80 horas mensuales de trabajo asciende a 15 mil pesos uruguayos aproximadamente. Sin embargo este monto total es otorgado a aquellos hogares en los que las personas ganen 10000 pesos o menos per cápita. Mientras que en aquellos hogares donde las personas ganan 36000 pesos per cápita el SNIC no subvenciona el servicio.	No se prevén mecanismos de valorización económica del trabajo
Modificación de la división sexual del trabajo en el trabajo de cuidados	El Plan de Formación se dirige a "las cuidadoras" para reconocer la feminización del trabajo de cuidados, aspecto que se ve como positivo desde el SNIC.	No se explicitan mecanismos de fomento a la participación de los varones (cuotas de cuidadores, lenguaje que incluya a los varones). La reproducción de las características que el sector de cuidados ya posee, de informalidad, precarización y poca remuneración del empleo no mejora las condiciones de vida de las mujeres cuidadoras

remuneradas ni
genera un incentivo
para la participación
de otras mujeres o
varones en la tarea.

Fuente. Elaboración propia en base a los datos del Programa de Asistentes Personales de la página del Sistema Nacional de Cuidados. Referencias: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/63068/3/innova.front/es-hoy> y <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61039/1/innova.front/personas-en-situacion-de-dependencia>

Reflexiones finales

Dadas las características y malas condiciones laborales ligadas al trabajo remunerado de cuidados en domicilio en el marco del Programa AP, no se visualizan incentivos para la retención y profesionalización de la mano de obra, aspecto que va en detrimento de la posibilidad de creación de un sector ocupacional de cuidados capaz de atraer no sólo a las mujeres quienes buscan una fuente de trabajo de fácil acceso a raíz de que han sido expulsadas-os de otros sectores o no cuentan con experiencia o formación amplia o especializada previa, sino también a los varones.

La combinación entre las exigencias técnicas del trabajo —sobre todo aquellas ligadas a la invisibilidad de la dimensión emocional del trabajo—, la ausencia de mecanismos para prevenir los riesgos laborales, la baja formación requerida para el acceso al puesto de trabajo, junto con condiciones de trabajo malas (baja remuneración, ausencia de puestos intermedios u opciones laborales que permitan el ascenso profesional, entre las más destacadas), puede constreñir fuertemente la voluntad de superación a nivel profesional y promover el abandono del puesto de trabajo, incluso de aquellas trabajadoras fuertemente comprometidas con su trabajo y profesión.

En la medida en que la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo siga existiendo y los mecanismos de producción y reproducción de la desvalorización del trabajo femenino continúen operando, la gestión de los riesgos laborales y de la capacitación en el puesto de trabajo seguirá siendo asumida de forma individual por quienes se ocupan en este tipo de empleo.

Ello sumado a la ausencia de soporte técnico del Programa AP, son aspectos que van en detrimento de la calidad del servicio provisto a las personas que son sus usuarias, así como de la calidad y dignidad del empleo de cuidados en domicilio.

Visibilizar los requerimientos técnicos derivados del trabajo es un primer mojón, necesario para identificar y reconocer las dimensiones y características del trabajo remunerado de cuidados en domicilio, los tipos de riesgos laborales asociados, el tipo de soporte técnico requerido a nivel organizacional y las necesidades de formación y capacitación de quienes acceden y se desempeñan en él.

Como organismo rector de las políticas de cuidado, el SNIC tiene la posibilidad de instalar lógicas de trabajo que colaboren en la valorización y re significación del trabajo de cuidados, así como contribuyan a fomentar la participación de los varones en el mismo. Si bien en el diseño programático se explicita que estos son objetivos del sistema, su realización está comprometida en el tipo de prestaciones (tanto monetarias como servicios) que efectivamente sean provistas o logren ser desarrolladas. Las características de las prestaciones diseñadas tienen un impacto diferencial tanto a nivel de la protección del derecho a ser cuidado como de las condiciones en las cuales el trabajo remunerado de cuidado en domicilio es llevado a cabo, lo cual a su vez tiene efectos para la reproducción o freno de los estereotipos y desigualdades de género. Se ha planteado en la literatura sobre los estados de bienestar y la organización social del cuidado que es importante mercantilizar algunos servicios con el fin de redistribuir la carga del trabajo de

cuidados entre las familias y otros actores como el Estado, el mercado y la comunidad (Esping-Andersen, 2000). Sin embargo, a los efectos de que la corresponsabilidad incluya una perspectiva de derechos en el cuidado y una perspectiva de género, es fundamental que los procesos de tercerización velen por al menos dos cuestiones de base: a) que el trabajo de cuidados sea un trabajo que tenga valor social y b) que el trabajo de cuidados remunerado no reproduzca la división sexual del trabajo que coloca a las mujeres en lugares desventajosos en cuanto a la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía social, en relación a los varones. (c) Para esto, es necesario que las condiciones de trabajo sean dignas y permitan la profesionalización de la tarea. Para ello es preciso que los elevados niveles de cualificación asociados a la tarea sean reconocidos y las condiciones laborales sean acordes a los mismos. Podría agregarse a estos dos un principio (d) de universalización de los servicios, dado que los cuidados implican tensiones, aunque distintas, sobre las mujeres de todas las clases sociales (y no sobre sus pares varones).

Además, se establece que son asistentes “profesionales” y ni las exigencias (formación específica requerida para acceder al puesto de trabajo) ni la paga del trabajo aseguraría un trabajo de calidad, es decir, no es claro el sentido de la palabra “profesional” dado el desajuste entre los elevados requerimientos técnicos y las malas condiciones de trabajo propuestas por el Estado.

El punto de partida en el trabajo de cuidados es que el mismo carece de valor social, asociado al servilismo y naturalizado como una tarea de las mujeres en el marco de las familias. Uno de los indicadores de la desvalorización de este trabajo es que en Uruguay, se realiza mayoritariamente de manera gratuita. Es decir, que mediante el mismo no se accede a un salario.

Así, la estrategia de ofrecer dinero o la posibilidad de contar con un Asistente Personal brindado por el Estado, no estaría contribuyendo a que el cuidado se transforme en un trabajo valorado socialmente. En sintonía con lo que plantea Torns (2008), en el caso del SNIC y en particular del Programa AP, dadas las características y condiciones del trabajo de las Asistentes Personales, el Estado estaría reproduciendo un “familismo implícito” y los roles de género presentes en la clásica división sexual del trabajo presentada más arriba.

Bibliografía

Abbott, Andrew (1988): *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Adelantado, José, Et al. (1998): “Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica”. *Revista Mexicana de Sociología*, 3, 123-156.

Aguirre, Rosario (2003): *Género, ciudadanía social y trabajo*. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aguirre, Rosario, Et al. (2009): *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aguirre, Rosario (2013): *Personas ocupadas en el sector cuidados. Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: MIDES.

- Aguirre, Rosario, Et al. (2014): "Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay" En *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Quito, Ecuador. N° 50 p.43-60.
- Batthyány, Karina (2015): Los tiempos del cuidado en Uruguay En Batthyány, K. (Ed.) *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. (pp.87-132). Montevideo: Doble Clic Editoras
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2013): *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo: Serie Sistema Nacional de Cuidados.
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2017): El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado en salud en Uruguay. En *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, 25(1): p. 187-213.
- Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Scavino, Sol (2016): Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil en Uruguay. En Boado, M (Coord.) *El Uruguay desde la sociología 14*. Montevideo: Doble Clic Editoras.
- Bazo, María Teresa (1998): "Vejez dependiente, políticas y calidad de vida" En *Revista Papers*, 56 p. 143-161.
- BPS (2015): *Encuesta longitudinal de protección social*. Ronda 2012-2013. Montevideo: BPS,
- Brotheridge, Celeste y Grandey, Alicia (2002): "Emotional Labour and Burnout: Comparing Two Perspectives of "People Work"". *Journal of Vocational Behavior*, 60, p.17-39.
- Cancian, Francesca y Olicker, Stacey (2000): *Caring and Gender*. Oxford: Altamira Press.
- Calvo, Juan José, Et al. (2013): *Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011*. Fascículo 1 del Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Montevideo: Trilce.
- Cameron, Claire. y Moss, Peter (2007): *Currents understandings and future directions*. Londres: Routledge.
- Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011): "Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales" En Carrasco, C. Borderías, C. y Torns, T (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teorías y política*. Madrid: Los libros de la catarata.
- CEPAL (2014): *La medición del tiempo y el aporte de las mujeres a la economía*. Notas para la Igualdad n° 15 . Observatorio de igualdad de Género de América Latina y el Caribe.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states" En *British Journal of Sociology*, N° 51, p.281-298.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2011): "El concepto de "Social Care" y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos". En Carrasco, C. Borderías, C. y Torns, T (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teorías y política*. Madrid: Los libros de la catarata.
- Davies, Celia. (1995): «Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited».

Acta Sociológica, 38.

Durán, María de los Ángeles (2006): "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años" En *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración* V. 60, p.57-66.

England, Paula (2005): "The emerging theories of care work" En *Annual Review of Sociology*. Vol. 31, p.381-399.

Escudero, Bibiana (2007): "Las políticas sociales de dependencia en España". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119/07, p.65-89.

Esping Andersen, Gosta (2000): *Fundamentos sociales de la economías postindustriales*. España: Ariel Sociología.

Gómez Bueno, Carmen (1999): "Del etiquetado de las ocupaciones según nivel de cualificación". *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 88, p.33-62.

Hochschild, Arile (1983): *The managed heart. Commercialization of human feeling*. University of California Press, California.

INAU, (2009): *Estrategia nacional para la infancia y adolescencia. Bases para su implementación*. Montevideo: INAU.

INE, INMUJERES, FCS (2013): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay. Principales resultados de la encuesta de Uso del Tiempo 2013*. Montevideo: INE.

INMUJERES (2013): *Estadísticas de género 2013. Evolución de los indicadores de género en el período 2009-2013*. Uruguay: Ministerio de Desarrollo Social.

Kaplan, Arlene (1987): "Invisible Work" En *Social Problems*, n.º 5, vol. 34, p. 403-415.

Martínez Buján, Raquel (2010): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional" En *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 29, núm. 1, p. 93-123.

Martínez, Juliana y Voorend, Koen (2013): "Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos: mercado, política social y organización familiar de los cuidados" En: Pautassi, Laura y Ziebecchi, Carla (Eds.) *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

MIDES, (2014): *Cuidados como sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

Ortega, Cristina. y López, Fransisca (2004): "El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectivas" En *International Journal of Clinical and Health Psychology*, n.º 1, vol. 4.

Paredes, Mariana Et al. (2010): *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucida Ediciones.

Pickard, Linda (2015): "A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032" En *Ageing and Society*, 35 (1). pp. 96-123.

Recio, Carolina (2014): *El empleo en el sector de atención a las personas en España*. Tesis

doctoral. Barcelona: Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona.

Risman, Barbara (2004): "Gender As a Social Structure. Theory Wrestling with Activism" En *Gender & Society* vol. 18 no. 4 429-450.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2011) "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea" En *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 29, Núm. 1 pp. 13-42

SIVE (2015): *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Montevideo: INMAYORES-DINEM.

SNIC (2015): *Plan Nacional de Cuidados 2016 – 2020*. MIDES-Junta Nacional de Cuidados. Montevideo: MIDES.

Torns, Teresa (2008): "El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género" En *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. N.º 15, pp. 53-73.

Torns, Teresa, Et Al (2009) "Temps i cura: la coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana" en Brullet, C. (ed.), *Temps i cura: la coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria de Polítiques Familiars i Drets de Ciutadania.

Torns, Teresa, Et al. (2014): *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Estudios e investigaciones. Universidad Autónoma de Barcelona. *Expte. de Referencia: 2011-0004-INV-00120*

Van Rompaey, (2015): *Cualificación invisibilizada. Estudio sobre el trabajo remunerado de cuidados en domicilio en los servicios de atención barcelonés y montevideano*. Tesis Doctoral Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Barcelona.

Waerness, Kari (1984): "The Rationality of Careing" En *Economic and Industrial Democracy*, 5.

Zapf, Dieter (2002): «Emotion Work and Psychological Well-being. A Review of the Literature and Some Conceptual Considerations». *Human Resource Management Review*, 12: 237-268.

⌞ Doctora en Sociología Universidad Autónoma de Barcelona, Becaria Posdoctoral CONICET - Argentina, FLACSO - Programa de Envejecimiento y Sociedad.

⌞ Candidata a Máster en Sociología con especialización en género. Profesora Ayudante del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Oriental del Uruguay.

[1] Por ejemplo, durante el mes de Mayo de 2016, murieron 8 personas que vivían en un Hogar de Ancianos a partir de un incendio. El hogar no contaba con la obligatoria habilitación de Bomberos, que se había iniciado en 2014.

<http://www.elobservador.com.uy/el-hogar-el-que-murieron-7-ancianos-no-tenia-habilitacion-bomberos-n911365>

[2] Se toma como referencia la noción de dependencia adoptada en el Consejo de Europa, Resolución (98) 9, del 18 de setiembre de 1998.

[3] Servicio dirigido a las personas con dependencia moderada que aún no se encuentra en funcionamiento.

[4] <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61052/1/innova.front/asistentes-personales>

[5] <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/63068/3/innova.front/es-hoy>

[6] <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/63068/3/innova.front/es-hoy>

[7] Incluye los códigos 5311, 5312, 5321, 5322 y 5329 (Cuidadores de niños, ayudantes de maestras, trabajador de cuidados personales en instituciones, trabajador de cuidados personales a domicilio, trabajadores de cuidados en servicios de salud. Se sigue la clasificación presentada por Aguirre (2014).

[8] Se trata de los trabajadores de cuidados personales a domicilio (código 5322 del codificador de ocupaciones CIU 08) Incluye: Cuidador de enfermos (domicilio), Acompañante de personas convalecientes (domicilio), ayudante de enfermería (domicilio), Camillero de ambulancia (domicilio).