

# Estrategias de cuidados de personas mayores en situación de dependencia en Uruguay

*Care strategies of older people in a situation of dependency in Uruguay*

SOL SCAVINO SOLARI Y KARINA BATTHYÁNY DIGHIERO

Recibido: 10 de abril de 2025

Aceptado: 7 de octubre de 2025

**Resumen:** En Montevideo y el Área Metropolitana, las políticas públicas de cuidados tienen un alcance limitado en la atención a personas mayores en situación de dependencia. La Encuesta de Necesidades y Estrategias de Cuidados (ENEC) (2019) evidencia una feminización y familiarización de las tareas, complementadas crecientemente por cuidados remunerados en el hogar, con alta precariedad. Se observa heterogeneidad en las estrategias: sectores con cuidados no remunerados y apoyo estatal escaso; mujeres de hogares de niveles socioeconómicos medios enfrentan tensiones entre trabajo remunerado y cuidado; y hogares de mayores ingresos tercerizan servicios. Estos hallazgos subrayan la necesidad de avanzar hacia un modelo corresponsable que garantice el derecho al cuidado y promueva la igualdad de oportunidades, en el marco de un retroceso del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay.

**Palabras clave:** uso del tiempo, cuidados, personas mayores, dependencia, políticas públicas.

**Abstract:** In Montevideo and the Metropolitan Area, public care policies play a limited role in addressing the needs of older adults in situations of dependency. Data from the 2019 Care Strategies Survey reveal a feminized and familiarized care structure, increasingly supplemented by precarious paid in-home care. There is heterogeneity in care strategies: sectors providing unpaid care with limited state support; women in middle-income households facing strong tensions balancing paid employment and caregiving; and higher-income households outsourcing care services to the market. These findings underscore the need to move toward a co-responsible model that guarantees the right to care and promotes equal opportunities, within the context of a decline in the National Integrated Care System in Uruguay.

**Keywords:** time use, care, elderly, dependency, public policies.

Uruguay enfrenta uno de los procesos de envejecimiento poblacional más acelerados de la región, con un aumento significativo de personas mayores en situación de dependencia. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población uruguaya de 65 años y más pasará del 16% actual a representar más de 32% en 2070, casi duplicándose y alcanzando un tercio del total de habitantes. Este envejecimiento acelerado trae consigo un incremento en la demanda de cuidados, ya que las dificultades para realizar tareas básicas diarias afectan directamente la calidad de vida y la autonomía de esta población vulnerable. Además, la reducción de las redes familiares tradicionales y la feminización de la carga de cuidado convierten el cuidado efectivo y digno en un desafío prioritario para las políticas públicas.

La crisis de cuidados en América Latina se agrava por la insuficiente capacidad para ofrecerlos en condiciones adecuadas frente a una demanda creciente, resultado del envejecimiento poblacional y de mejores condiciones de vida que elevan la incidencia de la dependencia (Gómez-Arteaga y Ocampo, 2017; BID, 2022). En este contexto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos reconoció en 2025 el derecho al cuidado como un derecho humano autónomo, que involucra el derecho a cuidar, a ser cuidado y a ejercer el autocuidado. Este marco normativo establece una obligación estatal de garantizar cuidados dignos para poblaciones dependientes y vulnerables. Sin embargo, la práctica regional revela limitaciones para enfrentar los desafíos redistributivos en el cuidado y su garantía efectiva (Cepal, 2022; Batthyány y Perrotta, 2024). En particular, las políticas públicas nacionales, incluyendo el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay, muestran diferencias marcadas en la atención de las personas mayores en situación de dependencia, reflejadas también en la producción y captura de datos sobre trabajo no remunerado y diversas cargas de cuidado (BID, 2022; Aguirre y Scavino, 2018).

En este contexto, el presente artículo propone reflexionar sobre el avance en materia de bienestar social a partir del análisis de la organización social del cuidado en las estrategias de Montevideo y Área Metropolitana, buscando identificar sus rasgos más o menos informales, familiaristas y feminizados, en el marco del avance del SNIC en el país. Se considera central integrar el análisis según los grados de dependencia y los niveles

económicos de los hogares, así como conocer el desarrollo de las políticas de cuidados por parte del SNIC mismo, en 2020 y 2024.

### **CUIDADOS, BIENESTAR Y ESTRATEGIAS DE CUIDADOS**

El cuidado es una actividad humana esencial que sostiene la vida y las relaciones interdependientes entre personas y su entorno (Tronto, 2020). Ha sido definido de manera amplia como “una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida” (Fisher y Tronto, 1990: 40). Conceptualizado como trabajo socialmente producido y relacional, involucra responsabilidades materiales, económicas y afectivas cuya desigual distribución reproduce desigualdades de género, clase y etnia (Batthyány, 2015; Viveros, 2016; Fraser, 2023). Los análisis del uso del tiempo han permitido objetivar la carga de trabajo de cuidados que las personas (en su mayoría, mujeres) producen para cuidar de niños/as, personas mayores con dependencia y personas con discapacidad, lo que evidencia fuertes desigualdades de género en su provisión, así como desigualdades por niveles socio-económicos y educativos y por ascendencia étnico-racial. Asimismo, se pone de manifiesto que las desigualdades son interseccionales, característica fundamental para cuestionar el concepto de “plena ciudadanía de derechos” por parte de las personas cuidadoras y cuidadas (Aguirre, 2009 y 2003). Definiciones más concretas se han centrado en conocer su carácter multidimensional, orientado hacia el cuidado de las personas que requieren de otros para la satisfacción de necesidades de apoyo y la sostenibilidad de sus vidas. Batthyány (2015 y 2021) ha señalado que el cuidado es una actividad centrada en brindar apoyo o ayuda para el desarrollo de personas dependientes que requieren de otros para sobrevivir y desarrollarse, y menciona particularmente a las niñas/os pequeñas/os y las personas mayores, enfermas o en situación de discapacidad con dependencia.

La frecuente invisibilidad de los cuidados, producto de su naturalización como una tarea “femenina” (de conocimiento innato de las “mujeres”) conlleva su no remuneración y no reconocimiento, en particular en contextos

fuertemente familistas. En dichos contextos, los valores culturales reproducen la supremacía de la esfera privada sobre los cuidados, mientras que los Estados y el papel de la comunidad tienen un rol marginal con esquemas parciales y focalizados de institucionalización del “cuarto pilar del bienestar social”, expresados en la cantidad y fuentes de financiamiento, el desarrollo de su institucionalidad, la formación y capacitación para trabajadoras/es del sector, la calidad del empleo de cuidados, la coordinación y articulación de la prestación de servicios entre otros (Hantrais, 2004 en Saraceno y Keck, 2008: 63; Fernández, 2023). Esta invisibilidad es mayor en relación con el cuidado no remunerado provisto para y por las personas mayores (Federici, 2015). El reconocimiento del trabajo de cuidados como tal ha ampliado la concepción política del cuidado y tomó parte en los debates sobre los Estados de bienestar, que en un primer momento consideraban sólo al mercado, al Estado y la comunidad como principales proveedores de bienes y servicios, avanzando en la inclusión de las familias y de las mujeres como sector proveedor de bienestar (Esping-Andersen, 2008; Araujo e Hirata, 2020; Comas-d’Argemir y González Torralbo, 2023). La organización social de los cuidados depende de cómo estos cuatro sectores proveen cuidados (Faur y Pereyra, 2018; Razavi, 2007). Los procesos de desfamiliarización de los cuidados se asocian a su mayor democratización, mientras que los procesos de familiarización y refamiliarización conducen al sostenimiento de las desigualdades sociales. La desmercantilización de los cuidados permitiría evaluar el grado en que ellos no están determinados en su acceso por la capacidad de compra que los hogares y personas tengan en el mercado (Eggers *et al.*, 2020).

La organización concreta de los cuidados en cada sociedad se expresa de manera muy distinta según las poblaciones a las que se dirige y el avance del Estado de bienestar para cada una de ellas. Por ejemplo, el cuidado de las personas mayores no cuenta con infraestructuras e institucionalidades fuertes en América Latina (Batthyány y Perrotta, 2024). En el contexto europeo, donde los sistemas de bienestar tienen una larga trayectoria, Da Riot (2010), comparando las estrategias de cuidados para personas mayores con dependencia en Italia y los países escandinavos, expone dos estrategias contrastantes. El modelo mediterráneo o familista, en que la responsabilidad del cuidado recae principalmente en la familia y el familismo feminizado, se combina con políticas de transferencias monetarias para personas con

dependencia severa, complementado por un mercado informal de cuidados basado en mano de obra inmigrante (Da Riot, 2010), modelo también conocido como “en casa y con la familia” (Moreno *et al.*, 2016; Rogero, 2010).

El modelo nórdico, con fuerte intervención estatal y expansión de servicios públicos que alivian las cargas familiares. Los países nórdicos se caracterizan por una alta formalización y universalidad en la provisión de cuidados, en general y para personas mayores en particular, en donde hay extendidos centros públicos de cuidados de larga duración, con cuidadoras que son funcionarias públicas (Rodríguez, 2007). En este marco, los regímenes escandinavos se inscriben como paradigmas de sistemas desfamiliarizadores; caracterizados por una alta formalización y una extensa provisión pública de servicios de cuidados, estos sistemas alivian significativamente la carga familiar y promueven la corresponsabilidad social entre Estado, mercado y hogares (Da Riot, 2010). En cambio, las estrategias mediterráneas representan regímenes familistas, en que la familia, en particular las mujeres, se complementa con un precarizado cuidado remunerado en el domicilio. En un análisis de las sociedades europeas, Saraceno y Keck (2008) encontraron cuatro tipos de regímenes de cuidado: el familismo por defecto, en que la familia, en especial las mujeres, asume casi toda la carga ante la escasez de recursos estatales; el familismo opcional, que ofrece alternativas como pagos por cuidados familiares o servicios públicos, y el familismo apoyado, que respalda a la familia mediante transferencias o servicios. Los regímenes desfamiliarizadores transfieren la responsabilidad al mercado o al Estado a través de provisión pública y regulación (Saraceno y Keck, 2008; Viveros, 2016).

Para analizar la organización social de los cuidados y caracterizar regímenes de bienestar, se propone mirar dimensiones micro y macrosociales, poniendo al centro el abordar las diferencias según las necesidades de cuidado y la forma específica en que éstas se abordan en las familias y la sociedad, según el género (Thomas, 2011; Daly y Lewis, 2011). En el campo de los análisis cuantitativos el concepto de “estrategia de cuidados” permite avanzar hacia un abordaje empírico. Las mismas emergen de la interacción entre factores estructurales, culturales y de agencia, integrando necesidades materiales, emocionales y culturales (Wallace, 2002). Se definen como la forma en que personas e instituciones organizan la respuesta a una necesidad de cuidado (Batthyány *et al.*, 2017). Su estudio mediante

encuestas permite vincular la dimensión macro del análisis acerca de cómo cada sector proveedor de bienestar está presente en la vida de las personas y hogares con necesidades de cuidados, y a nivel micro, al conocer las características de estas personas y sus relaciones con las estrategias de cuidados que aplican, así como el análisis de la división sexual del trabajo. Conocer las estrategias de cuidados también implica valorar el papel de las políticas públicas conjuntamente a la diversidad y complejidad de las prácticas y actores involucrados en la provisión de cuidados (Saraceno y Keck, 2008; Batthyány *et al.*, 2017). Se ha señalado a los Estados debido a que implementan políticas dirigidas a grupos etarios sin considerar la diversidad de trayectorias vitales presentes en la vejez, como categoría que se asigna y se acepta, pero no se elige (Rodríguez, 2006, en Sande, 2018; Acosta *et al.*, 2023), lo cual favorece la invisibilización de las distintas vejeces. Homogeneizar a las personas mayores introduce dos sesgos: primero, que se asume de manera errónea que todas necesitan cuidados, lo que no resulta verdadero para la mayoría de quienes tienen más de 65 años (BID, 2022; Colacce *et al.*, 2021).

Segundo, se atribuye a la condición de dependencia la causa principal de sus desigualdades sociales, lo que ignora otras raíces estructurales (Fraser y Gordon, 1994; Cerri, 2015; Huenchuan, 2018 y 2025). La dependencia se considera en este estudio como un criterio fundamental para identificar la presencia e intensidad de las necesidades de cuidados, especialmente de mayores de setenta años, edad en la que su incidencia aumenta de modo significativo (Colacce *et al.*, 2021). Marca la necesidad de ayuda total para actividades básicas, que puede presentarse ya sea de manera progresiva, como una pérdida gradual de autonomía o capacidades, o ya sea de forma repentina y afectar la vida de las personas y sus redes familiares y de cercanía (Aranco *et al.*, 2018). Se ha identificado en distintos gradientes —severo, moderado o leve— y se basa en baremos de los tipos de actividades que la persona puede realizar, en la frecuencia de apoyo requerido y en el nivel de dicho apoyo (Katz *et al.*, 1963; Lawton y Brody, 1969).

En este contexto, las mujeres presentan brechas de género que indican mayor convivencia con la dependencia, menores ingresos y mayor exposición a la violencia doméstica (Calasanti, 2010; Chen *et al.*, 2021; Gómez-Costilla *et al.*, 2022; Aguirre y Scavino, 2018, Salvador, 2025). Algunos rasgos estructurales de las desigualdades de género incluyen, según

Gómez-Costilla *et al.* (2022), la alta dependencia en el sistema de pensiones tras su salida del mercado laboral, en un contexto donde la provisión estatal de bienestar es generalmente baja en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Högberg *et al.*, 2017). Las mujeres presentan mayor morbilidad, autopercepción de peor salud y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y limitantes, fenómeno conocido como la paradoja “mujer-varón” en salud (Serrano-Alarcón y Perelman, 2017). Además, enfrentan mayor riesgo de enviudar y vivir solas incluso cuando ellas mismas presentan dependencia severa y, aunque no todas son dependientes, presentan altos riesgos de accidentes y falta de atención. En la población de ochenta años y más, el riesgo de dependencia afecta a 41.4% de las mujeres y a 22.8% de los hombres (Salvador, 2025).

En países del norte de Europa, este fenómeno motivó la expansión de servicios sanitarios y comunitarios orientados a acompañar a personas mayores solas, considerando las muertes en solitario como un problema social relevante (Ranci y Pavolini, 2013; Nelson y Victor, 2020; Caswell, 2022). En el contexto latinoamericano, el desarrollo incipiente de sistemas de cuidados (14 países de la región están en proceso de la aplicación de leyes o de la instrumentación de sistemas de cuidado) (Batthyány y Perrotta, 2024), se compromete a la corresponsabilidad redistributiva y promueve un modelo solidario y universal que dialogue con desigualdades estructurales y distintas capacidades de acceso a recursos (Martínez, 2008; Batthyány, 2021). Los Estados latinoamericanos han avanzado en la instrumentación de políticas de cuidados para personas mayores, centradas en los cuidados de largo plazo, programas de promoción del envejecimiento saludable y normativas para garantizar derechos y calidad en la atención, incluyendo el desarrollo de servicios de cuidados domiciliarios y centros de día (Acosta, 2023; Aranco *et al.*, 2018; Aranco *et al.*, 2022; Huenchuan, 2025). Sin embargo, persisten desafíos significativos relacionados con la cobertura limitada, el financiamiento insuficiente y la desigualdad territorial, que requieren fortalecimiento para garantizar acceso equitativo, especialmente en contextos urbanos y rurales diversos (Fabiani *et al.*, 2022). En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) construye y ofrece centros de día para personas con dependencia leve o moderada (cobertura: 0.3%); teleasistencia (cobertura: 1.5%) y asistentes personales para quienes tienen dependencia severa (30% de las personas de ochenta años con dependencia

severa, y 10% de las personas con setenta años y más) y dos programas piloto de escaso peso: los Programas de Apoyo al Cuidado Permanente y el Servicio de Inserción Familiar. El acceso a centros de larga estadía apoyado por el Estado cubre sólo a 0.7% de las personas mayores con dependencia (Balsa *et al.*, 2025; Scavino, 2024).

Las desigualdades sociales que moldean las estrategias de cuidados (los factores culturales y materiales) están atravesadas por los posicionamientos socioestructurales de género y los socioeconómicos, lo que se manifiesta tanto en el acceso y la calidad del cuidado como en la distribución desigual de las responsabilidades de éste entre personas cuidadoras-hogares y sociedad. La dependencia de las personas mayores también se relaciona tanto con los tipos de estrategias, como con las diferencias étnico-raciales y territoriales, las cuales, si bien no se abordan en este artículo por las limitaciones de los datos, son relevantes para un abordaje más amplio. En este marco, en la presente investigación nos centramos en el análisis de los componentes materiales (tiempo y participación) de las estrategias de cuidados para personas mayores en situación de dependencia de setenta años y más en Montevideo y Área Metropolitana. Se pone el foco en la participación de cada sector proveedor de bienestar, según lo provean varones o mujeres y según los grados de dependencia. Este análisis se realiza para el año 2019, en el que se aplicó la última Encuesta de Necesidades y Estrategias de Cuidados (ENEC) para dicha región y se complementa con un análisis del desarrollo de la política pública de cuidados para las personas mayores entre 2019 y 2024. Se busca relacionar los resultados obtenidos con las tipologías de bienestar presentadas y reflexionar sobre los avances de la política pública y los desafíos para la justicia social y la igualdad de género.

### **ANTECEDENTES DE LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS EN LA REGIÓN**

En la región, pese a los avances normativos, la consolidación integral de sistemas de cuidado está aún en debate (Michel *et al.*, 2024). Las políticas públicas prioritariamente se orientan hacia la cobertura mediante transferencias monetarias y servicios domiciliarios para personas dependientes, mientras que el desarrollo de servicios de cuidados de larga duración sigue siendo limitado (Aranco *et al.*, 2018; Rivera, 2023). Esta realidad impacta en especial a mujeres mayores, quienes enfrentan menor apoyo social

y situaciones prolongadas de dependencia. La región enfrenta déficits significativos en infraestructura, formación de trabajadores del cuidado y financiamiento para cuidados de larga duración, limitando el acceso a servicios adecuados, mientras que los sistemas de jubilaciones y pensiones están siendo “reformados” en algunos países (Aguirre y Scavino, 2018; Van Rompaey y Scavino, 2018). Si bien las transferencias monetarias, sobre todo pensiones no contributivas, han mejorado la calidad de vida de las personas mayores desde principios de los años 2000, se estima que para sostener la cobertura ante el aumento de personas mayores dependientes el gasto público en pensiones deberá incrementarse de 11% del producto interno bruto (PIB) en 2020, a casi 19% en 2050 (BID, 2022). En países con mejores indicadores de desarrollo en la región como Uruguay, Chile y Costa Rica, la provisión de cuidado es mayormente privada y carece de habilitación estatal (Cepal, 2020) en un contexto en donde la dependencia afecta a 14.4% de las personas mayores en América Latina (Arriagada, 2020; Rivera, 2023; Batthyány y Perrotta, 2024). Argentina y Costa Rica son excepciones donde el acceso estatal casi alcanza a 20% de las personas mayores. Sólo Argentina, Chile y Uruguay regulan la formación básica de cuidadores (BID, 2022). En su mayor parte, el cuidado recae en familias, de forma no remunerada, mientras que el trabajo de cuidado remunerado —realizado principalmente por mujeres— enfrenta condiciones laborales precarias, bajos ingresos, jornadas extensas y altos costos en la salud física y mental de las personas cuidadoras, lo que incide de un modo negativo en la valoración social del trabajo de cuidado, en especial dentro del marco del envejecimiento poblacional (Araujo e Hirata, 2020; OIT, 2018; Pineda y Munévar, 2020).

Estas formas de cuidado reproducen las desigualdades en la sociedad, ya que no distribuyen la carga de trabajo no remunerado que las familias asumen ni garantizan el reconocido derecho al cuidado.

En Uruguay, uno de los países más envejecidos de la región, 18% de la población tiene 65 años y más, porcentaje conformado mayoritariamente por mujeres sobrerrepresentadas por hogares unipersonales: 41.6% frente a 10.6% correspondiente a hombres; ellas presentan menor acceso a ingresos propios y de calidad, con brechas salariales y de cobertura en jubilaciones (Cooperativa Comuna, 2021; Aguirre y Scavino, 2022), a pesar de aportar 70% del trabajo de cuidados del país (Domínguez-Amorós *et al.*, 2021).

El acceso segmentado a los servicios de larga duración en Montevideo y Área Metropolitana (zona en que se asienta cerca de la mitad de la población del país) se evidencia en que éstos se concentran en los barrios de mayores ingresos mientras que las personas mayores con limitaciones para ver, oír, caminar y comprender concurren en zonas periféricas y de menor nivel socioeconómico (Perera y Cazulo 2016; Cabella *et al.*, 2015).

En este marco, el Estado uruguayo fue pionero en reconocer a los cuidados como tales, pero enfrenta serios desafíos para garantizar su acceso universal y de calidad. El SNIC ha atravesado tres etapas diferenciadas desde su creación en 2015 mediante la Ley 19353, que estableció el cuidado como un derecho social y promovió la corresponsabilidad entre Estado, familias, comunidad y mercado. La primera fase (2015-2019) se caracterizó por la construcción del marco institucional y normativo del sistema, la expansión de servicios públicos y subsidios, y un genuino impulso a una cultura de corresponsabilidad social del cuidado, especialmente reconociendo el trabajo no remunerado de las mujeres (Ley 19353, 2015; SNIC, 2020). Durante este periodo, el SNIC consolidó la Junta Nacional de Cuidados como órgano de gobernanza interinstitucional y desplegó sus cinco componentes sistémicos de servicios, formación, regulación, información y comunicación para el cambio cultural (SNIC, 2025). La expansión de la cobertura de servicios fue notoria en el caso de las infancias; no así de las personas mayores, pues no alcanzó la cobertura para más de la mitad de esta población ya focalizada por edad y grado de dependencia. La segunda etapa (2020-2024) mostró un debilitamiento progresivo debido a cambios en la orientación política y las restricciones presupuestales, que provocaron estancamiento en la aplicación, junto con los cuestionamientos desde sectores conservadores sobre la función estatal en el cuidado, con una reversión parcial del impulso anterior y dificultades para sostener y ampliar la cobertura de servicios (Batthyány *et al.*, 2025; SNIC, 2025). Al final, la tercera etapa, iniciada en 2025 con una nueva administración, enfrenta un debate presupuestal de magras asignaciones que limitan el desarrollo de programas y servicios esenciales. Aunque existe un renovado interés en fortalecer el SNIC, persisten incertidumbres sobre su priorización real y la capacidad para revertir los retrocesos previos, en un contexto urgido por cambios demográficos y sociales (Batthyány *et al.*, 2025).

En cuanto a la oferta de servicios, Scavino (2024) destacó que el rechazo de uso de centros de día, de larga estadía y de calidad por parte de los hogares en Montevideo y Área Metropolitana, está fuertemente segmentado por nivel socioeconómico, indicando adaptaciones de preferencias. Las personas de niveles económicos altos presentan mayores niveles de aceptación de los centros y servicios de cuidados en las estrategias de Personas Mayores de setenta años y más en situación de dependencia (PM70dep). Batthyány *et al.* (2025) analizaron las representaciones sociales del cuidado en Uruguay en 2011 y 2023, y para el caso de las personas mayores evidenciaron un aumento sostenido en la demanda de servicios institucionalizados, acompañado de una reducción significativa de la disposición de la red familiar tradicional que proveía cuidado. Esta disminución de la capacidad familiar genera una creciente tensión entre la necesidad de cuidados profesionales y las resistencias culturales hacia el uso de servicios institucionales, en la cual, las representaciones sociales valoran el cuidado familiar como vínculo legítimo y afectivo. Observaron un aumento del apoyo a que el Estado, o el Estado con ayuda de las familias, sea el principal responsable del cuidado. Este panorama revela cómo las preferencias y representaciones sociales en torno al cuidado están moduladas por el acceso a recursos y la percepción de la responsabilidad estatal y familiar, planteando para el SNIC el desafío de democratizar el acceso y adaptar la oferta a una realidad en que la red familiar ya no es suficiente para afrontar las demandas del envejecimiento poblacional (Batthyány *et al.*, 2025; Scavino, 2024).

Las principales políticas desarrolladas por el SNIC para personas mayores son el Programa de Asistentes Personales, que brinda hasta veinte horas semanales de atención gratuita o con copago para personas con dependencia severa, gestionado a través de una coordinación interinstitucional entre la Secretaría Nacional de Cuidados (SNIC-MIDES) y el Banco de Previsión Social (Decreto 117/016). Las residencias de larga estadía (establecimientos de larga estadía para personas mayores, ELEPEM), mayormente privadas y reguladas por el Ministerio de Salud Pública, tienen acceso condicionado por la capacidad económica familiar. Los centros de día y la teleasistencia ofrecen cobertura baja, focalizada en dependencias leves o moderadas, y no sustituyen al cuidado familiar (Scavino, 2024). Existen además licencias especiales para trabajadores con familiares dependientes, reguladas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Batthyány y Genta, 2020).

## METODOLOGÍA

El objetivo general del presente artículo es conocer cómo son las estrategias de cuidados para personas de setenta años y más en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana, según la participación de cada sector proveedor de bienestar, según lo provean varones y mujeres y según niveles económicos y grados de dependencia. Este análisis descriptivo es posible para el año 2019, cuando se realizó la ENEC para dicha región y se complementa con un análisis del desarrollo de la política pública de cuidados para las personas mayores entre 2020 y 2024. Se busca relacionar los resultados obtenidos con las tipologías de bienestar presentadas y reflexionar sobre los avances de la política pública y los desafíos para la justicia social y la igualdad de género.

La investigación se basa en los microdatos de la ENEC 2019 (realizada por la Universidad de la República, con el apoyo de la Agencia Nacional de Innovación e Investigación y del Sistema Nacional Integrado de Cuidados), que buscó conocer las estrategias de cuidados en hogares con personas en situación de dependencia y con niños/as de hasta 12 años. La muestra contó con la Encuesta Longitudinal de Protección Social, realizada en 2013 y 2015 en Uruguay, que aplicó un baremo de dependencia. Se seleccionaron los hogares muestreando por tipo de dependencia y edades de las personas que requieren cuidados y se actualizaron los datos sobre dependencia en 2019, utilizando un *proxy* validado por el Ministerio de Desarrollo Social. La muestra de la ENEC se diseñó de manera estratificada en dos etapas, abarcando cinco estratos socioeconómicos en Montevideo y tres en la Zona Metropolitana. En la primera etapa se seleccionaron localidades dentro de cada estrato y en la segunda, segmentos censales donde se incluyeron todos los hogares y sus miembros. El tamaño teórico de la muestra fue de 1 210 hogares, calculado para obtener aproximadamente 900 casos elegibles y respondedores, y que se ajusta por tasas de elegibilidad y respuesta estimadas. Esta muestra se dividió de manera aleatoria en submuestras o réplicas a nivel de segmentos censales, que se fueron utilizando hasta alcanzar el tamaño esperado por estrato, manteniendo así la aleatoriedad del muestreo. El margen de error estimado fue de  $\pm 2.8\%$  a  $\pm 3\%$ , los expansores se basaron en el marco muestral y los datos presentados son válidos según los márgenes de error. De 1 201 encuestas, con 4 572 personas entrevistadas (1 020 845 habitantes en Montevideo y su Área Metropolitana), se analizan

los resultados para 17.2% de los hogares que contaban con una PM70dep. En estos mismos, 72.5% de las informantes fueron mujeres. Por su parte, 74.8% de las PM70dep pertenece a sectores económicos medios (67.5%) y bajos (18%). De las personas informantes, 38.7% eran PM70dep, 32.4% eran sus padres y 16% 11 sus parejas. La mayoría (46.5%) tiene entre setenta y 79 años, mientras que 53.4% tiene ochenta años o más. En 80.1% de los hogares se registró presencia de una sola PM70dep, mientras que en 19.9%, la de dos personas en situación de dependencia. Cuando el análisis de las estrategias alude a variables de hogar, en el caso de los hogares con dos PM70dep se considera conjuntamente el porcentaje de tiempo asignado por cada sector a las dos personas a la vez. Un 41.3% presenta dependencia leve, un 41.8% moderada y un 16.9% severa. Además, 37.8% reporta alguna discapacidad adicional a su dependencia.

Para captar las estrategias se diseñaron y validaron tres formularios con actores estatales y organizaciones de la sociedad civil vinculadas a los cuidados. Uno recopiló características socioeconómicas del hogar y las relaciones de parentesco, así como preguntas sobre las representaciones sociales del cuidado y los roles esperados de varones y mujeres. Otro registró quiénes estaban cuidando a la persona en situación de dependencia durante un día común (definido como un día rutinario promedio de la vida de la persona que recibe los cuidados), incluyendo casos de simultaneidad en el cuidado y situaciones donde la persona estaba sola. También se abordaron aspectos relacionados con la satisfacción de necesidades y los costos y gastos asociados al cuidado. A partir de la identificación de las personas o instituciones involucradas en el cuidado, se creó un formulario adicional para recopilar sus características, estableciendo así tres unidades de análisis: el hogar, las personas en situación de dependencia y cada una de las personas o instituciones cuidadoras. Cuando se analizan estrategias, se realizan los análisis por cada persona u hogar que la experimenta y en ella se pueden contabilizar la cantidad de personas e instituciones que forman parte de los cuidados. Aquí se presentan estadísticos descriptivos que buscan poner de manifiesto aspectos materiales de las estrategias de cuidados de personas mayores en situación de dependencia. A fin de analizar la participación del Estado en las estrategias de cuidados (siguiendo a Saraceno y Keck, 2008) desde 2019 hasta 2024, se examinan las publicaciones oficiales del SNIC acerca de la cobertura del Programa de Asistentes Personales, Teleasistencia y

Centros de Día en Montevideo y el Área Metropolitana en Montevideo y Área Metropolitana.

**ESTADO, MERCADO, FAMILIA Y COMUNIDAD:  
HETEROGENEIDAD EN LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS  
DE LAS PERSONAS MAYORES DE SETENTA AÑOS**

A continuación, se analiza la participación de Estado, familia, comunidad y mercado en las estrategias de cuidado para personas mayores de setenta años (PM70dep) en Montevideo y su Área Metropolitana, según niveles de dependencia (leve, moderada y severa) y niveles socioeconómicos (bajos, medios y altos) durante el año 2019. Los datos muestran con claridad que, en Montevideo y Área Metropolitana, el cuidado a personas mayores de setenta años en situación de dependencia sigue siendo responsabilidad predominante de la familia (cuadro 1). En todos los niveles de dependencia y económicos, la familia es el sector que aporta el mayor porcentaje del tiempo total de cuidados. Esto se observa con especial fuerza en niveles de dependencia severa (75%) y niveles socioeconómicos bajos y medios (69.1% y 72.7%, respectivamente).

Cuadro 1

Participación de los sectores proveedores de bienestar (Estado, familia, comunidad y mercado) en las estrategias de cuidados de PM70dep según nivel socioeconómico (NSE) y niveles de dependencia. Montevideo y Área Metropolitana, 2019 (porcentajes)

	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa	NSE bajos	NSE medios	NSE altos	Total
Exclusivamente familia	66.5	66	75	69.1	72.7	48.7	68
Exclusivamente mercado	14.5	12.2	0	0	10.9	19.3	10.9
Exclusivamente Estado	4.8	2.1	10.1	13	3.3	2.7	4.6
Exclusivamente comunidad	5.7	2.7	3.9	4.9	3.3	6.5	4.1
Familia y mercado	7.5	12.8	11	13	8.1	17.1	10.4

Fuente: elaboración propia con base en los microdatos de la Encuesta de Estrategias y Necesidades de Cuidados. Montevideo y Área Metropolitana, 2019.

El aporte exclusivo del mercado alcanza 10.9% del tiempo total en promedio, con mayor relevancia entre los niveles socioeconómicos más altos (19.3%), lo que sugiere una desigualdad en el acceso a cuidados profesionales pagados según la capacidad económica. El Estado contribuye relativamente poco de manera exclusiva con el cuidado (4.6% en total), aunque muestra un ligero incremento en la dependencia severa (10.1%) y en niveles socioeconómicos bajos (13%). La comunidad, por su parte, aporta un porcentaje menor y estable de entre 3.3% y 6.5%, confirmando que el apoyo comunitario institucionalizado o voluntario desempeña un rol marginal en las estrategias de cuidados.

La combinación de familia y mercado representa 10.4% del tiempo total, con una presencia mayor en dependencia moderada y niveles socioeconómicos medios y altos, lo que refleja estrategias mixtas de cuidados entre familiares y servicios pagados. El predominio del cuidado familiar refleja un modelo caracterizado como “familismo por defecto” (en términos de Saraceno y Keck, 2008), en que la familia asume la principal responsabilidad debido a la limitada intervención estatal y comunitaria.

### **DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO: HETEROGENEIDAD EN LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS**

La división sexual del tiempo de trabajo de cuidados (no remunerado y remunerado) que se genera para las PM70dep en un día común de sus cuidados, como se observa en el cuadro 2, muestra una marcada desigualdad de género. En promedio, las mujeres dedican significativamente más horas al cuidado total que los varones, sumando trabajo remunerado y no remunerado en todos los niveles de dependencia y económicos. Ante la presencia de necesidades por dependencia severa, las mujeres brindan veinte horas promedio frente a ocho horas que aportan los varones. Esta diferencia se mantiene en los niveles socioeconómicos bajos (18 vs. 8 horas), medios (15 vs. 5 horas) y altos (12 vs. 6 horas).

Cuadro 2

Promedio de horas de cuidados totales, remuneradas y no remuneradas recibidas por hogar con PM70dep según sexo de la persona que las brinda, grado de dependencia y nivel socioeconómico. Montevideo y Área Metropolitana, 2019

	Leve	Moderada	Severa	Bajo	Medio	Alto	Total
Horas mujeres total trabajo remunerado (TR) + no remunerado (TNR)	11	16	20	18	15	12	15
Horas varones total trabajo remunerado (TR) + no remunerado (TNR)	5	4	8	8	5	6	5
Suma total	16	21	28	26	20	17	20
Horas TNR mujeres	8	13	16	16	12	8	12
Horas TNR varones	5	4	8	8	5	5	5
Suma TNR	13	17	24	23	17	13	17
Horas TR mujeres	3	3	3	2	3	4	3
Horas TR varones	0	0	0	0	0	0	0
Brecha total	2.2	3.6	2.5	2.2	3.2	2.1	2.8
Brecha TNR	2.2	2.9	2.2	2	2.6	1.4	2.2

Fuente: elaboración propia con base en los microdatos de la Encuesta de Estrategias y Necesidades de Cuidados. Montevideo y Área Metropolitana, 2019.

El trabajo no remunerado de cuidados es mayoritario: las mujeres aportan entre 8 y 16 horas en promedio según nivel de dependencia, mientras que los varones aportan menos: entre cuatro y ocho horas. El trabajo remunerado de cuidados pesa entre tres y cuatro horas en promedio y es aportado casi exclusivamente por mujeres trabajadoras del cuidado. La brecha de género en horas totales y en trabajo no remunerado es notable, con diferencias promedio que oscilan entre 2.1 y 3.6 horas, siendo mayor en dependencia moderada y niveles económicos bajos y medios.

En cuanto al nivel socioeconómico, los hogares de menores recursos enfrentan una carga de cuidados más intensa que la de hogares de niveles medios y altos, siendo estos últimos los que aportan la menor cantidad de trabajo no remunerado de cuidados, evidenciando la incorporación de servicios remunerados o apoyos externos. En cuanto a la carga de cuidados según los grados de dependencia, es extremadamente altas ante una dependencia

severa, disminuyendo de modo progresivo en las estrategias de cuidados de PM70dep con alguna dependencia moderada o leve.

En Montevideo, 75.6% de los cuidadores son mujeres que brindan cuidados remunerados y no remunerados, tanto conviviendo con la persona cuidada como desde otros hogares. Los varones, que constituyen el 24.4% restante, se involucran sobre todo cuando conviven o mantienen una relación cercana (hijos o pareja). Las mujeres participan en una gama amplia de roles familiares y niveles de convivencia, asumiendo una variedad de responsabilidades de cuidado. Las personas cuidadoras enfrentan desafíos: 54.1% no está empleado, hecho quizá vinculado con la edad y el retiro laboral o con la incapacidad de integrarse al mercado laboral, producto de la carga de cuidados. Se observa que la convivencia con personas con dependencia severa o moderada reduce las tasas de empleo de las cuidadoras. Esta marcada desigualdad reflejada en la distribución horaria está en línea con patrones regionales y locales previos, que muestran la feminización persistente de las tareas de cuidado (Batthyány, 2015; Cepal, 2021).

### **SÍNTESIS DE LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE SETENTA AÑOS EN MONTEVIDEO Y ÁREA METROPOLITANA**

Los hallazgos obtenidos evidencian que, pese a ciertas variaciones asociadas al nivel de dependencia y contexto socioeconómico, la responsabilidad principal del cuidado de las personas mayores continúa recayendo en la familia, reafirmando su rol central en las estrategias sociales de bienestar. La desigualdad en el acceso a cuidados profesionales remunerados, que se observa con mayor frecuencia en los sectores de ingresos más elevados, junto con la limitada participación del Estado subrayan la necesidad imperiosa de fortalecer políticas públicas orientadas no sólo a reconocer y apoyar a las familias cuidadoras, sino también a consolidar servicios y redes comunitarias. Como muestra la tabla 1, se identificaron tres grupos principales de estrategias de cuidados caracterizados por la división sexual del trabajo y la participación de Estado, mercado, comunidad y familia, según niveles socioeconómicos y grados de dependencia.

Se evidencia que el arreglo más frecuente de cuidados es el no remunerado familiar y feminizado, mientras que el mercado (principalmente

Tabla 1

Resumen de las estrategias de cuidados para PM70dep en Montevideo y Área Metropolitana (2019)

	<b>Estado-mercado-familia-comunidad</b>	<b>División sexual del trabajo</b>	<b>Relación con Saraceno y Keck</b>	<b>Desafíos</b>
Precarizadas-focalizadas: familismo tradicional intensivo	Corresponde a dependencia severa y nivel socioeconómico (NSE) bajos, en que predomina el rol exclusivo de la familia, pero con un aporte estatal relativamente mayor y nulo aporte del mercado. Esto sugiere un régimen de tipo “familismo por defecto” con soporte estatal emergente en casos críticos y grupos vulnerables.	Cargas altas de cuidados en las mujeres. Este grupo se conforma sobre todo de hogares con dependencia severa y bajos recursos económicos. Las mujeres asumen la mayor parte del cuidado, concentrando muchas horas de trabajo no remunerado, y la participación masculina es significativamente menor. Coincide con regímenes de cuidado familistas por defecto o apoyados, en los que la familia (en especial las mujeres), carga casi por completo con la responsabilidad del cuidado, reflejando una fuerte desigualdad de género y dependencia de redes familiares más informales.	Familismo por defecto o apoyado: familia central y Estado como complemento limitado.	Sobrecarga de las cuidadoras, precariedad y escasa red pública o comunitaria.
Feminizadas en tensión: familismo con mercado y alta brecha de género	Corresponde a dependencia leve, dependencia moderada y NSE medios. Aquí la provisión familiar sigue siendo dominante, pero con presencia del mercado y combinaciones de familia y mercado más relevantes. Indica estrategias tipo “familismo opcional” y “familismo apoyado”, con opciones mixtas según la posibilidad económica.	Cargas medio-altas de cuidados en las mujeres. La cantidad de horas dedicadas por mujeres y varones se reduce, aunque las mujeres de niveles económicos medios son quienes presentan la mayor brecha de tiempo en relación con el aporte de los varones. Se observa un mayor aporte relativo del trabajo remunerado femenino, y se señala una diversificación en las fuentes de cuidado, así como una mayor inclusión de servicios remunerados o apoyo público.	Familismo opcional con mercantilización y escasa provisión pública.	La dependencia del mercado genera desigualdades y refuerza la feminización y la pobreza en los cuidados.
Privilegiadas / desfamiliarización parcial	Los NSE altos tienen más aporte del mercado, lo que acerca a un patrón parcialmente más desfamiliarizador, aunque aún con familia dominante.	Cargas medio-bajas de cuidados en las mujeres. Refleja un patrón de transición donde persiste la feminización del cuidado no remunerado, pero hay una cierta diversidad en la provisión, lo que indica una posible tendencia hacia la desfamiliarización, es decir, la incorporación creciente del mercado (de manera principal) y del Estado en la provisión de cuidados, aunque sin desplazar por completo el trabajo familiar.	Regímenes parcialmente desfamiliarizadores, con mayor provisión pública y privada profesionalizada y menor familiarización.	Riesgo de exclusión por ingreso, y necesidad de regulación y de acceso universal.

Fuente: elaboración con base en el análisis de los resultados de la Encuesta de Estrategias y Necesidades de Cuidados Montevideo y Área Metropolitana, 2019.

cuidadoras remuneradas en domicilio) es la segunda forma de cuidado complementaria, muy segmentada según niveles socioeconómicos. Así en Montevideo y Área Metropolitana, las estrategias de cuidados permiten identificar una organización social del cuidado similar a las “mediterráneas” (Da Riot, 2010; Rodríguez, 2007; Rogero, 2010). Estas estrategias son contrarias a los regímenes desfamiliarizados de los países escandinavos de mayor igualdad de género y extensión de servicios públicos de cuidados de larga y corta duración. Pero dentro de esta generalidad, en la ciudad de Montevideo se encuentran estrategias muy distintas: las precarizadas-focalizadas (familismo tradicional intensivo), que predominan en los hogares con alta dependencia y bajos recursos, donde la responsabilidad del cuidado recae casi de manera exclusiva en la familia y, dentro de ella, en especial en las mujeres. En este escenario, el Estado cumple un papel limitado y más bien complementario, mientras que las redes de apoyo comunitarias son prácticamente inexistentes; así, el cuidado se traduce en una carga intensa, no remunerada y desigual, que suele generar sobrecarga y precariedad para las cuidadoras familiares, perpetuando una feminización extrema del trabajo doméstico y de cuidado.

En las estrategias feminizadas en tensión, de familismo con mercado y alta brecha de género, los hogares tienen ingresos medios y la dependencia es usualmente leve o moderada. Aquí el mercado asume una función más relevante a través de servicios remunerados, aunque la acción estatal sigue siendo débil o casi inexistente. A pesar de este mayor acceso a cuidados pagados, persiste una marcada brecha de género en el tiempo dedicado al cuidado no remunerado, que continúa siendo predominantemente responsabilidad de las mujeres. Este modelo refleja un familismo opcional, en el que el cuidado se articula con servicios mercantilizados, pero sin la protección pública suficiente para reducir desigualdades socioeconómicas y de género.

Al final, las estrategias privilegiadas o de desfamiliarización parcial engloban a hogares con mayores recursos económicos, donde la dependencia es leve, y en los que la provisión de cuidados se distribuye de manera más equilibrada entre familia, mercado y Estado. En este contexto, la centralidad exclusiva de la familia disminuye, el trabajo remunerado femenino aumenta y se observa una mayor profesionalización del cuidado. Este escenario se acerca a regímenes desfamiliarizadores, aunque plantea desafíos importantes en términos de equidad en el acceso y la inclusión

social, pues la dependencia económica puede limitar la universalidad y regulación adecuada de los servicios.

### **ESTRATEGIAS DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DE SETENTA AÑOS Y LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS (SNIC) 2020-2024**

Finalmente, es relevante reflexionar sobre las estrategias de cuidados identificadas en 2019, respecto al desarrollo de políticas de cuidados por parte del SNIC de Uruguay (Estado) en 2020 y 2024. Entre las principales políticas analizadas para Montevideo son: Asistentes Personales (AP) 80+, que incluye cuidados domiciliarios personalizados para promover autonomía; Centros de Día, los cuales ofrecen servicios diurnos de atención y socialización; Teleasistencia en Casa, que consiste en apoyo remoto para monitoreo y asistencia domiciliaria, y ELEPEM (hogares y residencias), que brinda cuidados residenciales para personas mayores.

Comparando las coberturas entre 2020 y 2024 (cuadro 3) se observa un descenso en la cobertura del Programa de Asistentes Personales (PAP) 80+ y el de Teleasistencia, que ponen en evidencia un estancamiento o retroceso en la expansión del cuidado domiciliario, fundamental para la estrategia de familismo apoyado o intensivo en hogares con mayor dependencia y vulnerabilidad social. En contraste, el leve aumento en Centros de Día y ELEPEM indica una expansión moderada en provisión colectiva y residencial, asociada a estrategias de desfamiliarización parcial y uso creciente del mercado, pero con una cobertura muy baja de la población objetivo (menor a 3%).

Cuadro 3  
Cobertura en 2020 y 2024 de las políticas de cuidados para personas mayores en situación de dependencia en Montevideo

<b>Prestación</b>	<b>Cobertura 2020</b>	<b>Cobertura 2024</b>
Asistentes Personales 80+	2576	1405
Centros de Día	6	23
Teleasistencia	721	499
ELEPEM	528	546

Fuente: SNIC (2025) con base en datos administrativos y fuentes del Estado.

Entre 2020 y 2024, las estrategias de cuidado para personas mayores en Montevideo no parecen transitar hacia una universalización plena y equitativa del acceso a cuidados domiciliarios estatales, lo que pone en cuestión el rol del SNIC para aliviar inequidades en los hogares de mayor vulnerabilidad y carga femenina. Se destaca aquí que, en ambos años, la cobertura de PAP indica una tendencia a la baja, como el programa de Teleasistencia, advirtiendo que el escaso papel del Estado en las estrategias de cuidados para personas mayores en situación de dependencia registrado en la ENEC en 2019 (4.6% del tiempo total de cuidados) se redujo, ante el creciente aumento de las demandas de cuidados para esta población. La persistencia del familismo intensivo sin ampliación significativa del apoyo estatal domiciliario reproduce brechas de género y económicas en la provisión de cuidados, mientras que la mercantilización y la provisión residencial tienden a concentrarse en grupos de mayores recursos.

## **REFLEXIONES FINALES**

Las estrategias de cuidado, según la conceptualización de Wallace (2002), emergen de la interacción dinámica entre factores estructurales, culturales y de agencia, e integran necesidades materiales, emocionales y culturales. El análisis cuantitativo basado en encuestas permite identificar estas estrategias y conectar la dimensión macro —la presencia y el papel de los proveedores de bienestar como la familia, el Estado y el mercado— con la microestructura social y de género, y refleja cómo las relaciones sociales y políticas públicas reproducen o desafían desigualdades estructurales.

En Montevideo, la organización social del cuidado de personas mayores en situación de dependencia se distribuye en distintas estrategias, que varían según el nivel socioeconómico y la severidad de la dependencia. En hogares con bajos recursos y dependencia severa predominan las estrategias que hemos denominado precarizadas-focalizadas, caracterizadas por un familismo intensivo y tradicional, con cargas significativas de trabajo no remunerado, asumidas sobre todo por mujeres, y una limitada presencia pública, concentrada en programas focalizados como el de Asistentes Personales. Esta modalidad refleja lo que Saraceno y Keck (2008) denominan “familismo por defecto”, en que el Estado ofrece escasa cobertura y el cuidado recae en la familia, ampliando las brechas de género y socioeconómicas.

En hogares de niveles medios o con dependencia moderada, prevalece la estrategia de familismo opcional con mercantilización y provisión pública limitada. Aquí se observa una mayor incorporación del mercado formal, principalmente por medio de contratación de cuidados remunerados en el domicilio, lo que reduce la carga de trabajo familiar, aunque persisten desigualdades de género en el reparto del cuidado y en el acceso a servicios. Sin embargo, esta incorporación no es homogénea ni universal, y el mercado mismo está estratificado y ofrece servicios formales muy profesionalizados dirigidos a sectores privilegiados y, al mismo tiempo, un núcleo informal dirigido a sectores populares, caracterizado por invisibilidad, precariedad y riesgos que sólo emergen al público ante catástrofes o incidentes graves.

Finalmente, en hogares con altos ingresos y dependencia leve predomina la estrategia de desfamiliarización, caracterizada por una reducción significativa en la carga del cuidado familiar y una mayor diversidad en la provisión de servicios públicos y privados profesionalizados. La participación del mercado es más relevante, y las desigualdades de género, aunque presentes, tienden a ser menores, reflejando un patrón de desfamiliarización parcial asociado a privilegios socioeconómicos.

El análisis revela que el modelo de cuidado vigente en Montevideo no avanza hacia la universalización ni hacia la equidad en el acceso a los cuidados, evidenciando un estancamiento e incluso retroceso en la expansión estatal de servicios públicos esenciales (como Asistentes Personales y Teleasistencia). En paralelo, el crecimiento del mercado y la persistencia del familismo intensivo, principalmente en los sectores vulnerables, muestran que la provisión de cuidados sigue reproduciendo desigualdades estructurales profundas, tanto de género como socioeconómicas.

A pesar de los esfuerzos de formalización y profesionalización impulsados por el SNIC, los resultados indican que todavía no se logra universalizar el acceso ni revertir por completo las inequidades existentes, lo cual impacta de modo negativo en las personas mayores más vulnerables y en el trabajo de cuidado que recae mayoritariamente sobre las mujeres. En este contexto, el trabajo de cuidados en Montevideo sigue siendo, en su mayoría, informal, precario e individualizado, reflejo de sociedades patriarcales que no sitúan al cuidado ni la sostenibilidad de la vida en el centro de su agenda.

Los resultados alertan sobre un retroceso en la corresponsabilidad del Estado, mercado, familia y comunidad, poniendo de manifiesto que no se

avanza hacia la universalidad sino hacia la precarización del trabajo de cuidados y el aumento de las desigualdades sociales en el acceso a servicios que garanticen el bienestar de las personas. Esto pone en cuestión la idea de “cuarto pilar del bienestar” promovida por el SNIC, que promete un sistema inclusivo y sostenible, pero que no fortalece la estructura institucional ni promueve una articulación interinstitucional que incorpore enfoques participativos en el diseño y evaluación de políticas, inversiones en infraestructura, salarios adecuados para cuidadoras y formación profesional, toda ellas medidas clave para garantizar condiciones laborales dignas y estándares elevados de cuidado. En un contexto de franca restricción económica los datos muestran que el modelo familiarista imperante, el cual descansa sobre el trabajo no remunerado de las mujeres, está lejos de ser reconocido como “productivo” en cuanto a los retornos de ingresos, jubilaciones y pensiones. Esto impacta en el desarrollo de las trayectorias de vida individuales, en las organizaciones familiares y en factores estructurales como el tamaño y la vitalidad del mercado laboral, del cual se ven excluidas las mujeres cuidadoras con mayor frecuencia. En este marco, resulta fundamental promover modelos de cuidado que no sólo garanticen calidad y acceso universal, sino que también contribuyan a la reducción significativa de las desigualdades de género y económicas, atiendan las diversas necesidades de las personas mayores y velen por la prevención de la dependencia a largo plazo, lo que convierte a las políticas de cuidados para personas mayores en un desafío central en la agenda pública.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Elaine, María Lache y Lilian Burgos (2023). “Los cuidados a personas mayores en Cuba en un contexto de crisis estructural y de refamiliarización de la política social”. *Ciudadanías* (13): 1-33.
- Aguirre, Rosario (2003). *Género, ciudadanía social y trabajo*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales-Departamento de Sociología.
- Aguirre, Rosario (2009). “Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado”. En *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, editado por Rosario Aguirre, 23-81. Montevideo: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem).
- Aguirre, Rosario y Sol Scavino (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Montevideo: Doble Clic Editoras.

- Aguirre, Rosario y Sol Scavino (2022). “Bienestar y género: aportes para el debate de la seguridad social”. *La Diaria* [en línea]. Disponible en <<https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2022/9/bienestar-y-genero-aportes-para-el-debate-de-la-seguridad-social/>> (consulta: 25 de septiembre de 2025).
- Aranco, Natalia, Mariano Bosch, Marco Stampini, Oliver Azuara, Laura Goyeneche, Pablo Ibararán, Deborah Oliveira, María Reyes Retana, William Savedoff y Eric Torres (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Aranco, Natalia, Marco Stampini, Pablo Ibararán y Nadin Medellín (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Araujo Guimarães, Nadya, y Helena Hirata (2020). *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*. Buenos Aires: Medifé.
- Arriagada, Irma (2020). “La injusta organización social de los cuidados en Chile”. En *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*, editado por Nadya Araujo y Helena Hirata, 129-168. Buenos Aires: Medifé.
- Balsa, Ana, Cecilia Irazoqui, Soledad Salvador, Mariana Papadopulos y Déborah Zak (2025). *El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: diagnóstico, desafíos y recomendaciones para su fortalecimiento*. Montevideo: Sistema Nacional Integrado de Cuidados/Banco Interamericano de Desarrollo.
- Batthyány, Karina (2015). *Los tiempos del cuidado en Uruguay. Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)/Instituto Nacional de las Mujeres-Uruguay.
- Batthyány, Karina (2021). *Políticas del cuidado*. Buenos Aires-México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso)/Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa.
- Batthyány, Karina, y Natalia Genta (2020). “Uruguay: avances y desafíos en la investigación cuidado y las políticas públicas del cuidado”. En *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*, editado por Nadya Araujo y Helena Hirata 219-258. Buenos Aires: Medifé.
- Batthyány, Karina, y Valentina Perrotta (2024). “Las personas mayores y la igualdad de género en las propuestas de sistemas nacionales de cuidado en América Latina y el Caribe: una discusión necesaria”. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas* (13): 1-21.
- Batthyány, Karina, Natalia Genta, y Sol Scavino (2017). “Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil en Uruguay”. *Cuadernos de Pesquisa* (163), 292-319.

- Batthyány, Karina, Valentina Perrotta, y Sol Scavino (2025). *Representaciones sociales de cuidado: ¿Mandatos de género en transformación? Análisis comparativo 2011-2023* [en línea]. Disponible en <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2025/04/Representaciones-sociales-cuidados-uy.pdf> (consulta: 30 de agosto de 2025).
- Cabella, Wanda, Mariana Fernández Soto, y Victoria Prieto (2015). “Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011”. En *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad*, coordinado por J. Calvo. Montevideo: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales-Unidad Multidisciplinaria-Programa de Población.
- Calasanti, Toni (2010). “Gender relations and applied research on aging”. *The Gerontologist* 50 (6), 720-734.
- Caswell, Glenys (2022). *Dying Alone: Challenging Assumptions*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2020). *Informes Covid-19. Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de covid-19*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2021). *Las mediciones de uso del tiempo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cerri, Chiara (2015). “Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores”. *Athenea Digital* 15 (2): 111-140.
- Chen, Cynthia, Kewin Maung y John Rowe (2021). “Gender differences in countries’ adaptation to societal ageing: an international cross-sectional comparison”. *The Lancet Healthy Longevity* (8): 460-469.
- Colacce, Maira, Julia Córdoba, Alenjandra Marriog, y Guillermo Sánchez (2021). *Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay-Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Comas-d’Argemir, Dolors y Herminia González Torralbo (2023). “Presentación dossier. El cuidado de las personas mayores en América Latina y el Caribe”. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas* (13): 1-12.
- Cooperativa Comuna (2021). *Reforma de la seguridad social: Poner la vida en el centro del debate. Críticas al Informe diagnóstico de la Comisión de Expertos*. Montevideo: Cooperativa Comuna.
- Da Riot, Barbara (2010). *Strategies of Care: Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands*. Ámsterdam: Amsterdam University Press.

- Daly, Mary, y Jane Lewis, (2011). “El concepto de ‘social care’ y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos”. En *El trabajo de cuidados: historia, teorías y política*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, 225-252. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Domínguez-Amorós, Màrius, Karina Batthyány, y Sol Scavino (2021). “Gender gaps in care work: evidences from Argentina, Chile, Spain and Uruguay”. *Social Indicators Research* 154 (3): 969-998.
- Eggers, Thurid, Christopher Grages, Brigit Pfau-Effinger, y Ralf Och (2020). “Re-conceptualising the relationship between de-familialisation and familialisation and the implications for gender equality-The case of long-term care policies for older people”. *Ageing and Society* 40 (4): 869-895.
- ENEC (2019). *Encuesta de Estrategias y Necesidades de Cuidados. Montevideo y Área Metropolitana*. Montevideo: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales-Departamento de Sociología-Grupo de Investigación de Sociología de Género/Sistema Nacional Integrado de Cuidados/Agencia Nacional de Investigación e Innovación.
- Esping-Andersen, Gösta (2008). “Modelos de sociedad, economía y políticas públicas: un nuevo contrato de género”. En *Economía e igualdad de género: Retos de la hacienda pública en el siglo XXI*, editado por María Pazos Morán, 31-43. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Fabiani, Beatrice, Joan Costa-Font, Natalia Aranco, Marco Stampini, y Pablo Ibararán (2022). *Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Faur, Eleonor, y Francisca Pereyra (2018). “Gramáticas del cuidado”. En *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*, editado por Juan Piovani y Agustín Salvia, 497-534. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Federici, Silvia (2015). “Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo”. *Nueva Sociedad* (256), 45-62.
- Fernández Lorca, María Beatriz (2023). “Familismo, obligaciones filiales y género: representaciones socioculturales del cuidado de personas mayores en Chile”. *Ciudadanías* (13): 1-13.
- Fisher, Berenice y Tronto, Joan (1990). “Toward a feminist theory of caring”. En *Circles of Care*, editado por Emily Abel y Margaret Nelson. Albany: State University of New York Press.
- Fraser, Nancy (2023). *Capitalismo caníbal: Qué hacer con este sistema que devora la democracia y el planeta, y hasta pone en peligro su propia existencia*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Fraser, Nancy, y Linda Gordon. (1994). “A genealogy of dependency: tracing a keyword of the U.S. welfare state”. *Signs* 19 (2): 309-336.

- Gómez-Arteaga, Natalie y José Antonio Ocampo (2017). “Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina”. *Revista CEPAL* (122): 7-33.
- Gómez-Costilla, Patricia, Carmen García-Prieto, y Noelia Somarriba-Arechavala (2022). “Aging and gender health gap: a multilevel analysis for 17 European countries”. *Social Indicators Research* 160 (2): 1051-1069.
- Hantrais, Linda (2004). *Family policy matters: Responding to family change in Europe*. Bristol: The Policy Press.
- Högberg, Björn, Mattias Strandh, Anna Baranowska-Rataj, y Ingemar (2017). “Ageing, health inequalities and the welfare state: a multilevel analysis”. *Journal of European Social Policy* 28 (4): 311-325.
- Huenchuan, Sandra (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Huenchuan, Sandra (2025). *Cuidados de largo plazo para personas mayores: perspectivas demográficas y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023). *Censo de Hogares, Población y Vivienda*. Montevideo: INE.
- Katz, Sidney, Amasa Ford, Ronald Moskowitz, Beverly Jackson, y Marjorie Jaffe (1963). “Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function”. *JAMA* 185 (21): 914-919.
- Lawton, Marylin, y Elaine Brody (1969). “Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living”. *Gerontologist* 9 (3): 179-186.
- Ley 19353 (2015). Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) [en línea]. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015> (consulta: 3).
- Martínez, Juliana (2008). *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Michel, Cynthia, Guillermo Cejudo, y Adriana Oseguera (2024). “Los instrumentos integradores en los sistemas de cuidados en América Latina: Una visión de política pública”. *Revista del CLAD. Reforma y Democracia* (88): 1-29.
- Moreno-Colom, Sara, Carolina Recio, Víctor Borrás y Teresa Torns (2016). “Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España: una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras”. *Papeles del CEIC* 1 (145), 1-28.
- Nelson-Becker, Holly, y Christina Victor (2020). “Dying alone and lonely dying: media discourse and pandemic conditions”. *Journal of Aging Studies* 55: 1-9.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018). *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*. Ginebra: International Labour Organization.

- Perera, Marcelo y Paola Cazulo (2016). *Índice de nivel socioeconómico. Propuesta de actualización*. Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay. Montevideo: Centro de Investigaciones Económicas [en línea]. Disponible en < URL: <https://ceismu.org/site/wp-content/uploads/inse-informe-final-28032016.pdf> > (consulta: 18 de septiembre de 2025).
- Pfau-Effinger, Brigit (2005). “Culture and welfare state policies: reflections on a complex interrelation”. *Journal of Social Policy* 34 (1): 3-20.
- Pineda Duque, Javier y Dora Munévar (2020). “La organización social de los cuidados en Colombia: Mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias”. En *El cuidado en América Latina. Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*, editado por Nadya Araujo y Helena Hirata, 171-217. Buenos Aires: Medifé.
- Ranci, Costanzo y Emmanuele Pavolini (eds.) (2013). *Reforms in Long-term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. Nueva York: Springer.
- Razavi, Shahra (2007). *The Political and Social Economy of Care in the Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginebra: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Rivera, Emiliana (2023). “Políticas de cuidado en la vejez en Costa Rica: Experiencia de buenas prácticas”. *Ciudadanías* (13): 1-28.
- Rodríguez, Gregorio (2007). “La protección social de la dependencia en España: un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales”. *Política y Sociedad* 44: 69-85.
- Rogero, Jesús (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Salvador, Soledad (2025). *Servicios de cuidados para personas mayores en situación de dependencia: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social/Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
- Sande, Sandra (2018). “La anticipación de la vejez en la mediana edad”. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. Montevideo: Universidad de la República-Facultad de Ciencias Sociales.
- Saraceno, Chiara, y Wolfgang Keck (2008). *The Institutional Framework of Intergenerational Family Obligations in Europe*. Berlín: WZB Berlin Social Science Center.
- Scavino, Sol (2024). “Desigualdades en los cuidados de las vejeces en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana”. Tesis de doctorado en Sociología. Montevideo: Universidad de la República/Facultad de Ciencias Sociales.
- Serrano-Alarcón, Manuel, y Julián Perelman (2017). “Ageing under unequal circumstances: a cross-sectional analysis of the gender and socioeconomic patterning of

- functional limitations among the southern European elderly”. *International Journal for Equity in Health* (16): 1-13.
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) (2025). *Informe quinquenal 2020-2024*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social-Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
- Thomas, C. (2011). “Deconstruyendo el concepto de cuidados”. En *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, 145-176. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Tronto, Joan (2020). *¿Riesgo o cuidado?* Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Van Rompaey, Erika, y Sol Scavino (2018). “¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay”. *Zerbitzuan* (67): 21-36.
- Viveros, Mara (2016). “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”. *Debate Feminista* (52): 1-17.
- Wallace, Claire (2002). “Household strategies: their conceptual relevance and analytical scope in social research”. *Sociology* 36 (2): 275-292.
- 

### **Sol Scavino Solari**

Doctora en Sociología por la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Asistente de investigación en el Grupo de Investigación de Sociología de Género (Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República). Líneas de investigación: desigualdades de género, cuidados, políticas de cuidados, con foco en las personas mayores. ORCID: 0000-0002-6675-7765. sol.scavino@cienciassociales.edu.uy.

### **Karina Batthyány Dighiero**

Doctora en Sociología por la Universidad de Versalles Saint Quentin en Yvelines (uvsq), Francia. Profesora titular y coordinadora del grupo de investigación de Sociología de Género (Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República). Líneas de investigación: desigualdades de género, cuidados, políticas de cuidados. ORCID: 0000-0001-6836-9806. karina.batthyany@cienciassociales.edu.uy.

